

Министерство здравоохранения Республики Беларусь
УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

А.Л. Церковский

Фармацевтическая этика

Курс лекций



Витебск
ВГМУ
2007

614.253(07)+615.1(07)

УДК 615.1:17(042.37.4)

~~ББК 52.82п~~

Ц 44

Рецензенты:

Кирпиченко А.А. – профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии Витебского государственного медицинского университета, Заслуженный деятель науки РБ

Воронов Г.Г. – доцент, кандидат медицинских наук, заведующий кафедрой общей и клинической фармакологии с курсом ФПМФО Витебского государственного медицинского университета

Церковский А.Л.

Ц 44 Фармацевтическая этика. Курс лекций:

Учеб. пособие / А.Л. Церковский. – Витебск:

ВГМУ, 2007. – 143 с.

303 240

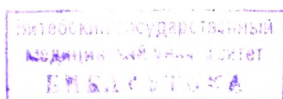
ISBN 978-985-466-188-9

Автор учебного пособия «Фармацевтическая. Курс лекций» ставит перед собой цель помочь студентам усвоить знания о морально-этической культуре провизора, нормах поведения, характере взаимоотношений всех участников фармацевтического взаимодействия. Курс лекций знакомит с мировыми тенденциями в развитии фармации как отрасли здравоохранения, с новыми функциями в деятельности провизора. Использование в лекционном материале примеров из провизорской практики вооружает студентов конкретными знаниями в области фармацевтической этики. Пособие адресовано студентам фармацевтических факультетов медицинских вузов.

2010 г.

УДК 615.1:17(042.3/4)

ББК 52.82п



© Церковский А.Л. 2007
© УО «Витебский государственный
медицинский университет, 2007

ISBN 978-985-466-188-9

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Раздел I. Фармация и этика	7
Лекция 1 История и современное состояние фармацевтической этики	7
Лекция 2 Основы профессиональной этики в фармации: функции, принципы, нормы	27
Раздел II. Личность участников фармацевтического взаимодействия	43
Лекция 3 Личность провизора как фактор успешного взаимодействия с клиентом	43
Лекция 4 Психология клиента (посетителя аптек)	59
Раздел III. Этика фармацевтического взаимодействия	71
Лекция 5 Этика коммуникативных отношений с клиентом	71
Лекция 6 Этико-деонтологические аспекты отношений в диаде «провизор-лекарство»	81
Лекция 7 Взаимоотношения в фармацевтическом коллективе	92
Лекция 8 Конфликты в профессиональной деятельности провизора	102
Лекция 9 Тренинг коммуникативной компетентности провизора ...	114
Раздел IV. Фармация и медицина: этический аспект взаимоотношений	134
Лекция 10 Этика взаимодействия провизора и врача в современных условиях	134

ПРЕДИСЛОВИЕ

*Прежде всего, не вреди жизни,
не вреди здоровью больного.*

Гиппократ

Фармацевтическая этика является частью общей этики. Как прикладная наука она изучает морально-этическую культуру фармацевтического работника, нормы поведения и характер взаимоотношений всех участников профессионального взаимодействия.

Фармацевтическая этика тесно связана с медицинской, поскольку деятельность врача и провизора направлена на сохранение и укрепление здоровья человека. Это становится очевидным особенно сейчас, когда активно разрабатывается концепция «ответственного самолечения», то есть самостоятельного применения населением препаратов безрецептурного отпуска (ПБО) для лечения некоторых заболеваний, не требующих вмешательства врача.

Одним из требований сегодняшнего дня, предъявляемых к работе провизора при обслуживании клиента, является выполнение им функции *врача-парапрофессионала*.

Фармацевтический работник несет моральную ответственность за возможные отрицательные последствия при:

- * создании лекарственных средств и их клинических испытаниях;
- * производстве фармацевтических и парафармацевтических товаров;
- * контроле качества и доведении фармацевтической продукции до потребителей;
- * рекламировании и реализации лекарственных средств (в том числе ПБО);
- * работе контрольно-разрешительных и надзорных систем.

Фармацевтическая этика как самостоятельный курс входит в состав комплексной программы этико-психологической подготовки провизора. Особое место в ней занимает формирование психологической компетентности фармацевтического работника как субъекта деятельности.

Психологические особенности провизора, его отношение к себе, опосредованно определяют характер взаимоотношений в диадах «провизор – клиент», «провизор – врач», «коллега – коллега», «руководитель – подчиненный». Все эти отношения, в которые вступает провизор в ходе фармацевтического взаимодействия, являются слагаемыми результативности его профессиональной деятельности.

Успешность этой деятельности во многом определяется психологическими особенностями провизора. К ним относятся:

1) мотивация достижения успеха, стремление быть успешным и представление об активности и действиях, способных привести к ус-

пеху и предотвращающих неудачи в фармацевтическом взаимодействии, что обеспечивает реализацию профессионального потенциала личности в деятельности;

2) позитивная «Я-концепция» (динамическая система положительных представлений о самом себе, сопряженная с самооценкой), уверенность в себе;

3) внутренний локус контроля (понимание того факта, что в достижении успеха или неуспешности в жизни и деятельности все зависит от меня и моих стараний больше, чем от других людей и обстоятельств), что обеспечивает возможность сохранения контроля за ситуацией, ее исходом и повышает вероятность успеха в последующих действиях;

4) стремление к самоактуализации, высокий уровень личностной зрелости и потребность быть индивидуальным;

5) самостоятельность и независимость (высокий уровень личностной свободы).

Целью курса является усвоение студентами знаний о морально-этической культуре провизора, норм поведения и характера взаимоотношений всех участников фармацевтического взаимодействия.

В процессе изучения курса фармацевтическую этику не следует рассматривать как перечень неких нравственных истин, которые необходимо сообщать студентам подобно прочему фактическому материалу, предусмотренному программой.

Главным в ее изучении является поощрение студентов к осмыслению сложных нравственных вопросов и стремлению придерживаться моральных принципов в своей будущей профессиональной деятельности. Такой методический подход реализуется через сочетание лекций, групповых дискуссий на практических и семинарских занятиях с тренинговыми и практическими упражнениями, которые выполняются студентами вместе с преподавателями. В основе методики проведения практических занятий лежат *идеи «инновационного обучения» или принципы нового педагогического мышления.*

К ним относятся:

– *принцип диалогизации* (и в обмене информацией, и в ролевом социальном взаимодействии, и в межличностном общении обеспечивается равенство партнеров, эмоциональная открытость и доверие);

– *принцип проблематизации* (стимулирование тенденции к интеллектуальному росту, создание условий для самостоятельного поиска решений, обучение студентов постановке познавательных задач);

– *принцип персонализации* (отказ от гипертрофированного ролевого взаимодействия, включение личностного опыта студента-медика, умение проектировать медицинское взаимодействие);

– *принцип индивидуализации* (ориентация на специфичность интересов и способностей каждого студента, сравнение успехов и достижений с его прежними достижениями, а не со стандартом).

Таким образом, перед студентами в курсе поставлены следующие **задачи**:

1) изучение основных положений фармацевтической этики (истории, функций, принципов, концепций, норм и т.д.);

2) ознакомление с правилами коммуникативного взаимодействия в диадах «провизор – клиент», «провизор – врач», «коллега – коллега» и др.;

3) обсуждение практических ситуаций, возникающих в процессе фармацевтического взаимодействия;

4) совершенствование социально-психологической культуры будущего провизора.

Социально-психологическая культура провизора предполагает наличие у него определенных профессиональных взглядов и убеждений, установки на эмоционально-положительное отношение к клиенту и целый комплекс коммуникативных качеств и умений, необходимых ему для профессионального взаимодействия.

Курс по фармацевтической этике составлен в соответствии с новыми учебными планами и включает следующие *разделы*: Раздел I. Фармация и этика. Раздел II. Личность участников фармацевтического взаимодействия. Раздел III. Этика фармацевтического взаимодействия. Раздел IV. Фармация и медицина: этический аспект взаимоотношения.

Курс «Фармацевтическая этика» предназначен для студентов второго года обучения и является ступенью в системе непрерывной психологической и деонтологической подготовки будущего провизора. Он тесно связан с социально-гуманитарными дисциплинами, психологическими и педагогическими основами профессиональной деятельности провизора.

Лекционный материал создает основу для последующего изучения биоэтики, деонтологии и элективных курсов («Психология общения», «Психология межличностного конфликта», «Психология управления персоналом фармацевтического учреждения», «Коммуникативная компетентность провизора: диагностика и развитие» и др.).

РАЗДЕЛ I. ФАРМАЦИЯ И ЭТИКА

ЛЕКЦИЯ 1 ИСТОРИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ЭТИКИ

Фармацевтическая этика как прикладная этика. Морально-этические предпосылки профессиональной этики провизора. Значимые периоды развития отечественной фармацевтической этики. Этап формирования Новой фармацевтической этики. Концепция ответственного самолечения. Медико-этические аспекты концепции ответственного лечения. Правила ВОЗ по регуляторной оценке лекарственных продуктов для использования при самолечении. Самолечение в России. Самолечение в Республике Беларусь. Фармацевтическая биоэтика – раздел биоэтики.

1. Фармацевтическая этика как прикладная этика

Фармацевтическая этика, как самостоятельный курс, входит в состав комплексной программы этико-психологической подготовки провизора. Особое место в ней занимает формирование *этической компетентности фармацевтического работника* как субъекта деятельности. Это вызвано тем, что объектом профессиональной деятельности провизора является человек и его жизнь как ценность.

Актуальность этико-психологической подготовки будущего провизора детерминирована рядом причин:

- *во-первых*, реализацией концепции «ответственного самолечения» (КОС) и безрецептурного отпуска лекарственных средств (ПБО – препаратов безрецептурного отпуска) для лечения некоторых заболеваний, не требующих вмешательства врача;
- *во-вторых*, необходимостью осуществлять социальный контроль биомедицинских экспериментов с привлечением человека в качестве объекта, поскольку возникают проблемные ситуации при проведении доклинических и клинических исследований лекарственных средств (ЛС);
- *в-третьих*, появлением новых функций в профессиональной деятельности фармацевтического работника (провизор в роли врача-парапрофессионала, клинический провизор), которые порождают новые морально-этические и психологические проблемы в диадах: «провизор – клиент», «клинический провизор – провизор-технолог», «клинический провизор – врач», «клинический провизор – больной»;
- *в-четвертых*, «наводнением» рынка небезопасными и некачественными ЛС и неспособностью контрольно-разрешительной систе-

мы в полной мере гарантировать защиту потребителей от негативных последствий этих ЛС.

Этика – философская наука (или «практическая философия»), основным предметом изучения которой является *мораль*.

Мораль – 1) уникальный способ духовно-практического освоения мира человеком, совершаемого в логико-рефлексивной, эмоциональной и подсознательной формах.

2) форма осознания общественно необходимого типа поведения, реализуемая человеком в свободных действиях с опорой на личные убеждения и общественное мнение.

3) совокупность нравственных истин [4]

Для реализации учебных целей понятия «мораль» и «нравственность» можно рассматривать как тождественные понятия.

Фармацевтическая этика является частью этики. Как прикладная наука она изучает морально-этическую культуру фармацевтического работника, нормы поведения и этико-психологические аспекты взаимоотношений всех участников фармацевтического взаимодействия.

Фармацевтическая этика тесно связана с медицинской этикой, поскольку деятельность врача и провизора направлена на сохранение и укрепление здоровья человека [5].

2. Морально-этические предпосылки профессиональной этики провизора

На протяжении всей истории развития фармации люди, занимающиеся лечением больных, руководствовались определенными этическими нормами [10].

Требование быть доброжелательным, терпеливым, спокойным, сочувствовать страданиям больного, поддерживать у него веру в выздоровление можно уже обнаружить в *индийском народном эпосе V века до н.э. «Аюр-Веды»* (Книга жизни).

Большое значение индивидуальному подходу к больному с учетом особенностей его характера придавалось в *памятнике древнекитайской медицины* – книге Хуана да Ней-Цзиня «О природе жизни».

Для европейской медицины и фармации важное значение имеют этика Гиппократ (460-370 гг. до н.э.), изложенная в книгах «О враче», «О благоприличном поведении» и в своей знаменитой *клятве* [2].

С большей или меньшей полнотой основные положения клятвы в дальнейшем входили в многочисленные этические наставления. Эти положения следующие:

1) *уважение к жизни* («...Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла, точно также я не вручу никакой женщине абортивного пессария...»);

2) *запрет на причинение вреда больному* («...Я направляю режим больных к их выгоде сообразно с моими силами и моим разумением, воздерживаясь от причинения всякого вреда и несправедливости...»);

3) *уважение к личности больного* («...В какой бы дом я ни вошел, войду туда только для пользы больного, будучи далек от всего намеренного, несправедливого и пагубного, особенно от любовных дел с женщинами с мужчинами, свободными и рабами...»);

4) *врачебная тайна* («...Что бы при лечении – а также и без лечения – я ни увидел или ни услышал касательно жизни людской из того, что не следует когда-либо разглашать, я умолчу о том, считая подобные вещи тайной...»);

5) *уважение к профессии* («Клянусь ... считать научившего меня врачебному искусству наравне с родителями ... Чисто и непорочно буду я проводить свою жизнь и свое искусство...»).

В трудах древнеримского врача Галена (II век до н.э.) отмечалось, что при общении с больным необходимо проявлять благоразумие и такт, не вызывать у больного раздражения. При этом надо стараться быть гуманным, приятным, ровным и сохранять при этом достоинство.

Особое внимание и огромное значение этике взаимоотношений с больным придавал ученый, философ и врач Авиценна (Абу Али Ибн-Сина) (980-1037). Он прославился не только как автор многотомного «Медицинского канона», которому отдано было двадцать лет жизни, но и своими познаниями и любовью к человеку, чуткостью к его несчастьям, горестям, болезням.

3. Значимые периоды развития фармацевтической этики

В XV веке впервые появляется термин «провизор» (от лат. *provisor* – предвидящий, предчувствующий, предугадывающий). Это говорит о важной роли провизора в процессе лечения. Врач ставит диагноз, а провизор предвидит направление болезни и при помощи лекарств предопределяет, корректирует ее течение и дальнейшее развитие.

Первые учебные заведения, готовящие провизоров, были открыты в Монпелье (юг Франции), Падуе, Барселоне (Испания) в середине XVI века.

Наиболее полные и регламентированные «методические рекомендации» по созданию аптек и тому, что мы сегодня называем «фармацевтическим менеджментом», были созданы в конце XVII – начале XIX вв. В этот же период основываются и общественные ассоциации фармацевтов – «*Obercollegium Medicum et Sanitatis*» в Берлине в 1796 году, «*Societe libre des Pharmaciens*» в Париже и «Королевская аптекарская школа» в Лондоне в 1842 году.

К середине XIX века медицина и производство лекарственных средств начинают понемногу выделяться в отдельные направления. Для фармацевтов создаются специальные кафедры в университетах, в разных странах и городах формируются специальные своды законов и правил, регулирующие как их профессиональную подготовку, так и практическую деятельность.

Обучение будущих аптекарей в университетах впервые практикуется во Франции и Англии в начале XIX столетия. Первоначально основной упор делался на приобретение знаний и практических навыков в производстве и использовании лекарств. Однако постепенно курсы начали включать все больше теоретических дисциплин. Это было связано с тем, что на протяжении последующих десятилетий аптеки постепенно утрачивали производственные функции и все более концентрировались на *продаже медикаментов и консультировании пациентов*.

Таким образом, фармация как отрасль здравоохранения довольно давно занимает достойное место в современном обществе. Красноречивым примером может служить тот факт, что в США, например, фармацевтическая промышленность по величине прибылей занимает третье место после военно-промышленного комплекса и нефтяной отрасли. В России темп роста фармацевтической отрасли в 1998-1999 гг. составил 18 %.

Значимость фармации определяет и значимость профессионалов (фармацевтов, провизоров), занятых в этой отрасли. А если при этом учесть тот факт, что профессионалы реализуют свой основной потенциал в сфере общения, в системе «человек – человек», то значимость соблюдения норм поведения в профессии является очевидной.

Способность фармацевтов соблюдать нормы профессиональной этики определяет и успешность их профессиональной деятельности.

Если за основу взять эпоху Петра I, то история развития фармации и фармацевтической этики в России условно может быть разделена на несколько этапов.

I. Развитие фармации в «допетровский» период (1581 год – первая аптека в Кремле).

II. «Петровский» период характеризовался реформаторской деятельностью Петра I:

- 1) указ об открытии частных аптек – 1701 год;
- 2) создание первого в России в Петербурге завода по изготовлению лекарственных средств – 1720-1721 гг.;
- 3) преобразование Аптекарского приказа в Медицинскую коллегию, а затем в Медицинскую канцелярию и др.

Аптечная реформа начала XVIII века фактически закрепила европейский тип и европейские нормы аптечной деятельности. При этом в ряде случаев, мероприятия, проводимые российскими властями, носи-

ли весьма прогрессивный характер, опережая многие события в западноевропейских странах.

III. В *«послепетровский»* период в 1783 году было издано сенатское постановление о запрещении аптекарям самостоятельно вносить изменения в рецепты.

В 1784 году Сенат предпринял попытку взять под контроль торговлю готовыми лекарственными средствами. Ими разрешалось торговать только после специальных испытаний и представления в Сенат результатов такой проверки.

В 1789 году был издан первый российский Аптекарский Устав, который:

- регламентировал деятельность многочисленных частных, госпитальных и государственных аптек;
- устанавливал порядок приготовления, хранения и отпуска лекарств.

В нем, в частности, говорилось, что *«аптекарь, яко добрый гражданин, верно хранящий присяжную должность, повинен быть искусен, честен, совестен, благоразумен, трезв, прилежен, во всякое время присутствен, и исполняющий звание свое всеобщему благу соответственно»*.

В 1797 году были учреждены врачебные управы для контроля за деятельностью губернских врачей и *аптекарей*.

Следующий принципиальный шаг в регламентации аптекарской деятельности был сделан в 1857 году, когда был принят *врачебный устав*.

В соответствии с Уставом и последующими инструкциями и циркулярными распоряжениями в ведение административных органов входило:

- управление аптеками и их ревизия;
 - контроль с их помощью за торговлей;
 - проведение судебно-медицинских исследований;
 - разрешение на продажу косметических средств.
- Аптеки находились под медико-полицейским надзором.

IV. *«Советский»* период.

Основой формирования этики советского фармацевта являлся моральный Кодекс строителя коммунизма [1].

Черты коммунистической морали:

- непримиримость к высокомерию, грубости, лицемерию, обывательскому индивидуализму;
- борьба с вредными традициями, предрассудками, знахарством и шарлатанством;
- активное участие в научно-атеистической пропаганде;
- высокая политическая активность;
- честное выполнение своих обязанностей.

На съезде аптечных работников Среднего Урала (декабрь 1968 года, Свердловск) был принят текст *«Заповеди фармацевта»*, в которой говорится:

«Клянусь честно и добросовестно работать, высоко нести звание советского фармацевта, изучать фармацевтическую науку, не останавливаться на достигнутом, вносить достойный вклад в развитие фармации, беззаветно служить делу охраны здоровья народа — главная цель моей жизни».

В 1970 году состоялась I Всесоюзная конференция, посвященная общемедицинской этике и деонтологии. На ней было принято решение впредь на съездах, конференциях, симпозиумах широко освещать вопросы профессиональной этики.

В 1980 году Министерством Здравоохранения СССР была проведена II Всесоюзная конференция, посвященная методологическим позициям и основным понятиям этики и деонтологии.

В апреле 1992 года состоялся I Российский национальный конгресс «Человек и лекарство». Он впервые объединил фармакологов и фармацевтов, медиков и биологов, ведущих клиническую и доклиническую апробацию новых препаратов, технологов, осваивающих их производство, аналитиков, контролирующих качество лекарств, врачей-клиницистов, внедряющих их в медицинскую практику, аптечных работников, обеспечивающих реализацию медикаментов, а также организаторов фармацевтического дела.

С каждым годом все большее количество молодых ученых принимает участие в работе конгресса. Действительно, этот форум является наиболее представительным собранием ученых, производителей лекарственных средств, дистрибьюторов, фармацевтов, врачей и организаторов здравоохранения на территории бывшего Советского Союза.

8-12 апреля 2002 года в Москве в помещении Российской академии государственной службы при Президенте Российской Федерации состоялся уже IX Российский национальный конгресс.

V. Период формирования Новой фармацевтической этики.

В ноябре 1997 года в Москве состоялась Международная конференция по «Фармацевтической биоэтике». На конференции обсуждались актуальные проблемы защиты здоровья человека от негативных воздействий, в том числе связанных с научными достижениями в области биологии, медицины и фармации [9].

Минувшее десятилетие стало принципиально новым этапом развития фармации на территории стран постсоветского пространства. Скачкообразное изменение внешних условий вызвало своего рода нормативный и законодательный коллапс, когда прежние нормы и правила уже не годились для управления отраслью, а новые еще не были разработаны [8].

Реорганизация законодательной и нормативной базы продолжается по сей день и охватывает все направления фармацевтической деятельности.

Необходимость нового подхода к решению профессиональных задач фармации была продиктована также существенным ухудшением лекарственного обеспечения амбулаторных и стационарных больных, что связано со многими негативными факторами, в частности, с инфляцией, сокращением объемов фармацевтического производства и бюджетных ассигнований на здравоохранение.

Все это заставило ученых-фармацевтов пересмотреть планы своих исследований, тесно увязав их с запросами практики.

Выражая свое видение фармации в 2030 году, специалисты прогнозируют:

- 1) появление высокотехнологичных аптек, индивидуально готовящих лекарственные средства;
- 2) специализацию аптек в области фармацевтических услуг;
- 3) расширение консультационной деятельности;
- 4) внедрение новых информационных и коммуникационных технологий (например, Интернет);
- 5) работу с электронными рецептами.

При этом особое место занимает преобразование *аптек в центры здоровья и коммуникаций с индивидуальным обслуживанием и информацией для пациента*. Эти предполагаемые изменения актуализируют необходимость этико-психологической подготовки фармацевтических работников.

Для создания правовой основы деятельности субъектов обращения лекарственных средств, установления системы государственных органов, осуществляющих правоприменительную практику, а также для распределения полномочий органов исполнительной власти в сфере обращения лекарственных средств 10 июня 1998 года Государственной Думой Российской Федерацией принят закон «О лекарственных средствах».

Важным этапом в развитии современной фармацевтической этики в Республике Беларусь явилась *Концепция лекарственного обеспечения Республики Беларусь* (13 августа 2001 года, № 1192)

Необходимость разработки Концепции лекарственного обеспечения обусловлена увеличением удельного веса хронических заболеваний в общей структуре заболеваемости и повышением роли медикаментозных методов лечения в лечебном процессе.

В связи с тем, что основные предприятия фармацевтической промышленности бывшего Советского Союза остались за пределами Республики Беларусь, национальная фармацевтическая промышленность оказалась не в состоянии, не смотря на предпринимаемые меры, пол-

частично удовлетворять потребность отечественного здравоохранения в лекарственных средствах

Концепция является неотъемлемой частью политики государства в области здравоохранения, представляет собой совокупность направлений реформирования лекарственного обеспечения в Республике Беларусь и определяет долгосрочную национальную лекарственную политику на основе отечественного и международного опыта в этой области.

Согласно Указа Президента Республики Беларусь (12 августа 2002 года, № 450) «Об одобрении программы подготовки проектов законов Республики Беларусь на 2003-2005 годы и перспективной кодификации законодательства Республики Беларусь» в 2003 году планируется создание *проекта закона «О лекарственных средствах»*.

Значимым событием в истории фармацевтической этики Республики Беларусь явилась новая редакция Закона Республики Беларусь «О здравоохранении» (11 января 2002 года) [3].

В своей деятельности фармацевтический работник должен, прежде всего, руководствоваться рядом важных статей Закона.

Статья 38. Эвтаназия.

Статья 57. Права медицинских и фармацевтических работников.

Статья 59. Обязанности и ответственность медицинских и фармацевтических работников.

Статья 60. Обязанность медицинских и фармацевтических работников сохранять врачебную тайну.

Статья 61. Профессиональная обязанность медицинских и фармацевтических работников оказывать первую медицинскую помощь вне организации здравоохранения.

4. Концепция «ответственного самолечения» (КОС)

4.1. Медико-этические аспекты концепции ответственного лечения

Люди во всем мире демонстрируют растущий интерес и все более глубокие знания о своем здоровье. И как результат этого – все большая часть из них рассчитывает именно на себя в случаях легкого недомогания, что в значительной мере освобождает ресурсы здравоохранения [6].

Ответственное самолечение играет положительную роль для общества – таково в целом мнение как самих людей, выбирающих для себя путь самостоятельного лечения, так и специалистов в области здравоохранения.

Государственная концепция здравоохранения в ближайшие годы будет ориентирована на повышение ответственности граждан за собственное здоровье. В какой-то степени это связано с ограниченны-

ми финансовыми ресурсами, выделенными на нужды здравоохранения, но в основном – это отражение мировой тенденции, выражающейся в инициативе и стремлении граждан самостоятельно выбирать и принимать лекарственные средства в целях поддержания своего здоровья.

В настоящее время положение дел с самолечением в различных странах складывается по-разному и зависит от национальных традиций, наличия врачебного персонала, стоимости медикаментов и размеров выделенных на них субсидий.

В последнее время во многих странах наблюдается достаточно активный процесс перевода лекарств в *класс БРО* (безрецептурного отпуска), что было обусловлено и расширением показаний для использования безрецептурных средств (суставная боль, астма, экзема, синдром раздраженного кишечника и др.).

В стадии обсуждения находится вопрос о включении в класс лекарств БРО *антигипертензивных* и *гиполипидемических* средств, наиболее актуальных в фармакотерапии самых распространенных болезней лиц пожилого возраста.

Обсуждается возможность подобного перехода даже более активных ЛС, таких как *антигистаминные* средства без седативного эффекта, *местные противогрибковые* средства, *нестероидные* средства для внутреннего и местного применения и *противовозвзные* – гистаминоблокаторы.

У *врачей* существуют разные взгляды на проблему самолечения. Противники самолечения утверждают, что человек, не зная своего точного диагноза, может получить симптоматическое облегчение, в то время как у него развивается опасное заболевание.

Противоположная точка зрения утверждает, что информационные брошюры, адресованные пациентам, содержат достаточно предостережений относительно показаний и длительности употребления лекарственных средств.

Самолечение необходимо как для пациента, который должен иметь возможность быстрого получения ЛС для лечения легкого недомогания, так и для снижения загруженности врачей-консультантов.

Большинство *фармацевтов* сходятся во мнении о том, что самолечение получает дальнейшее распространение. Этому способствуют следующие факторы:

- 1) возрастает просвещенность населения;
- 2) все больше подвергается сомнению мнения авторитетов;
- 3) потребители сами занимаются сбором информации и предпочитают принимать самостоятельные решения;
- 4) стоимость услуг системы здравоохранения растет, поэтому правительства поощряют самолечение;

5) старение населения увеличивает бремя, ложящееся на систему здравоохранения, в связи с этим врачи вынуждены будут уделять меньше времени лечению пациентов с незначительными заболеваниями;

6) все большее число лекарств, отпускаемых по рецепту, разрешается к продаже без рецепта.

Потребителю, перед тем, как заняться самолечением, необходимо осознать всю важность и ответственность данного процесса.

При определении симптомов недомогания рекомендуется посоветоваться с врачом или фармацевтом.

Если у пациента возникают вопросы, или он не понимает значения некоторых слов на этикетке, ему следует проконсультироваться у врача или фармацевта.

При наличии побочных реакций или неэффективности ЛС пациенту следует посоветоваться с фармацевтом или другими медицинскими работниками.

Международная Фармацевтическая Федерация (FIP) и Всемирная Индустрия Самолечения (WSMI) приняли совместное заявление.

1. Самолечение, включая самостоятельный выбор и прием лекарств, является важной составной частью системы здравоохранения.

2. В настоящее время люди предпочитают брать на себя большую персональную ответственность за содержание своего здоровья, что требует большого объема достоверной информации для принятия правильного решения.

3. Правительства многих стран, государственные и негосударственные страховые организации всячески поддерживают ответственное самолечение, включая самостоятельный выбор и прием ЛС, так как это существенно снижает рост затрат на поддержание здоровья.

4. Фармацевты являются ведущими консультантами для населения в ежедневном поддержании здоровья и ключевыми фигурами в обеспечении ЛС. Их базовое образование и непрерывное обучение должны позволить им вести консультирование по рациональному применению ЛС.

5. Фармацевты и производители безрецептурных ЛС разрешают проблему обеспечения высококачественного обслуживания населения и ответственного использования медикаментов. Это может быть реализовано через качественное обеспечение лекарственных препаратов сопутствующей письменной информацией и предоставление потребителю грамотной дополнительной информации.

6. Реклама, является важным инструментом информирования населения о безрецептурных лекарственных средствах, должна быть всегда ответственной и не препятствовать получению дополнительной информации от врача или фармацевта.

Ответственность фармацевта.

1. Фармацевт обязан проводить необходимые объективные профессиональные консультации по ведению самолечения и лекарственным средствам, разрешенным к безрецептурному отпуску.
2. Фармацевт обязан информировать руководящие и консультирующие государственные органы и производителей ЛС обо всех нежелательных реакциях, связанных с использованием разрешенных к безрецептурному отпуску ЛС.
3. Фармацевт должен препятствовать самолечению тогда, когда он считает его проведение недопустимым.
4. Фармацевт обязан информировать потребителя о правильном хранении ЛС, о соблюдении осторожности при их использовании или приобретении в чрезмерных количествах.

Ответственность производителя безрецептурных лекарственных средств.

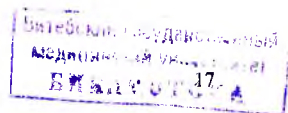
1. Производитель несет ответственность за производство ЛС, отвечающих высокому стандарту безопасности, качества и эффективности и следует всем официальным инструкциям по упаковке и снабжению лекарств сопутствующей информацией.
2. Производитель ЛС и/или дистрибьютор несут ответственность за обеспечение фармацевтов в необходимой достоверной информацией, в которой они нуждаются для работы с населением.
3. Производитель несет ответственность за то, что все используемые им в рекламе заявления имеют научное подтверждение, соответствуют национальным регулирующим документам, стандартам качества производства и не приводят к неправильному применению ЛС.
4. Производитель несет ответственность за то, что все используемые им маркетинговые методы будут способствовать применению ЛС со всей необходимой осторожностью, производитель не должен предпринимать никаких мер для того, чтобы подтолкнуть население к покупке избыточного количества лекарств.

Перспективы самолечения.

В некоторых странах вся информация о принимаемых пациентом ЛС, отпускаемых по рецепту, хранятся в компьютерных файлах. Она помогает фармацевту определить, в том числе, и риск возможного взаимодействия препаратов.

Следует разработать или расширить подобные системы с включением в них ЛС, отпускаемых без рецепта, поскольку существует опасность их взаимодействия с лекарствами, отпускаемыми по рецепту.

В большинстве стран разработаны системы регистрации побочных эффектов препаратов, отпускаемых по рецепту. ПБО в основном безопасны, но поскольку все больше и больше препаратов начинают продаваться без рецепта, риск побочных реакций возрастает.



ет. Поэтому необходимо разработать подобную систему регистрации побочных эффектов и для ПБО.

Роль фармацевта.

В большинстве случаев аптека – первая инстанция, в которую обращается за помощью пациент в случаях легкого недомогания. Фармацевту отведена важная консультационно-контрольная функция. Именно от качества ее выполнения в итоге может зависеть результат самостоятельного проводимого пациентом лечения.

Самолечение не должно и не может стать заменой бережному отношению к своему здоровью, в большей степени оно призвано выполнять дополняющую функцию, в связи с чем и заслуживает положительной оценки как вклад в здоровый образ жизни.

В целях сохранения здоровья пациента провизор может и должен осуществлять проверку терапевтической значимости самолечения в силу своего образования и опыта, однако, при этом он *не может и не должен составлять конкуренцию врачу.*

Основные контрольные функции фармацевта.

- * предотвращение нерационального применения ЛС;
- * рекомендации по соблюдению правил применения ЛС, их дозированию;
- * рекомендации по соблюдению кратности приема и длительности употребления;
- * разъяснение риска побочных эффектов;
- * учет ограничений применения и возможных противопоказаний;
- * прочие указания по приему и надежности ЛС.

Условия и пределы самолечения.

Самолечение предполагает, прежде всего, ответственное поведение пациента, в основе которого лежит не только проводимая врачом и фармацевтом целевая разъяснительная работа, но и наличие у него необходимых сведений о возникновении и течении болезней, способности к правильной оценке субъективно воспринимаемых симптомов и осознанно – ответственное обращение с ЛС.

При этом важно видеть пределы самолечения, ту грань, за которой на смену самостоятельным действиям должна прийти квалифицированная врачебная помощь.

Фармацевт, не вторгаясь в сферу профессиональной компетенции врача, но, в то же время, обладая специальными знаниями в области фармации, фармакологии и фармакотерапии, призван оказывать квалифицированную помощь в решении возникающих у пациента проблем.

4.2. Правила ВОЗ по регуляторной оценке лекарственных продуктов для использования при самолечении

Правила предполагают критерии для регуляторной оценки безопасности и эффективности продуктов для самолечения, включая новые активные субстанции, не присутствующие на рынке в качестве рецептурных лекарственных средств, лекарства, доступные в качестве рассматриваемых только по рецепту. Правила не действуют в отношении гомеопатических препаратов, диагностических продуктов, используемых *in vitro*, витаминных и минеральных добавок, а также некоторых ЛС растительного происхождения, недостаточно хорошо охарактеризованных.

Определение лекарственных продуктов для самолечения.

Лекарственными продуктами для самолечения называются продукты, не требующие врачебного рецепта и производимые, распространяемые и продающиеся непосредственно потребителями для использования по их собственной инициативе, когда они считают такое использование оправданным.

Упаковка, ее размер, этикетка и информация о продукте должны разрабатываться таким образом, чтобы гарантировать правильное самолечение. На практике препараты для самолечения часто выпускаются в меньших упаковках.

Основные критерии для продуктов, предназначенных для самолечения.

Продукты для самолечения должны соответствовать, по крайней мере, следующим трем критериям:

1) *активный ингредиент*, который в рекомендованной дозе не должен обладать низким потенциалом токсичности (то есть при медикаментозном использовании не должен иметь репродуктивной токсичности, генной токсичности или канцерогенных свойств);

2) *предписанное использование*, которое должно быть приемлемым для самолечения. Применение продукта не должно задерживать установление диагноза и лечение состояния, требующего врачебной помощи;

3) *свойство продукта*, которое не должно быть отрицательным.

Особенности самолечения.

Самолечение предполагает использование лекарственных продуктов потребителями для лечения самостоятельно распознанных расстройств или симптомов, а также временное или постоянное применение выписанных врачом медикаментов при хронических или рецидивирующих заболеваниях или симптомах.

Быстрое развитие новых технологий, Интернета и связанных с ним коммуникационных систем открывают новые возможности для поиска информации и предоставляет важнейшие новые каналы для

распространения знаний о характеристиках лекарственных продуктов и их правильном использовании для самолечения.

Ценность самолечения состоит в том, что оно свободно выбирается потребителями при состояниях, для которых этот метод терапии предпочтителен.

Надлежащее самолечение должно обеспечить каждому потребителю:

- эффективность посредством использования требуемого для этой цели продукта;
- надежность и безопасность благодаря правильному выбору утвержденных показаний, информационных текстов, лекарственных доз и форм и размеров упаковок;
- безопасность продукта, обеспечиваемую его использованием в соответствии с рекомендациями инструкции;
- широкую доступность лекарств;
- большой выбор методов лечения;
- прямой и быстрый доступ к лечению;
- уверенность в возможности своими силами предупредить или ослабить незначительные симптомы или недомогания;
- экономию, связанную с уменьшением количества врачебных консультаций.

Потенциальные риски.

Самолечение сопряжено с большим числом потенциальных рисков. В частности, это связано с тем, что обычный пользователь, как правило, не обладает специальными знаниями в части основ фармакологии и терапии, а также специфических особенностей используемых лекарственных продуктов. В результате, индивидуальный потребитель сталкивается со следующими рисками:

- 1) ошибочная самодиагностика;
- 2) невозможность быстрого получения необходимого медицинского совета;
- 3) неправильно выбранная терапия;
- 4) незнание специфических фармакологических рисков;
- 5) редкие, но тяжелые побочные эффекты;
- 6) незнание того, что одинаковая активная субстанция уже может использоваться потребителем под другим наименованием (торговой маркой);
- 7) несообщение врачу, назначившему пациенту рецептурные препараты о проводимом самолечении (риск дублирования терапии, опасного лекарственного взаимодействия);
- 8) неспособность распознать побочные лекарственные реакции и сообщить о них;
- 9) чрезмерная длительность самолечения;
- 10) возникновение привыкания и зависимости;

11) пищевое и лекарственное взаимодействие.

При выборе типов лекарственных продуктов для самолечения следует стремиться к максимальному использованию вышеперечисленных выгод и минимизации возможных рисков.

Приемлемая степень риска.

Самолечение – действенный элемент здравоохранения, и лекарственные продукты для его проведения должны иметь соответствующие указанному предназначению безопасность и эффективность, продаваться с ясно изложенными инструкциями по применению и производиться в соответствии с принципами GMP.

Воспринимая принцип самолечения, общество делает в целом позитивный выбор относительно характеризующего его соотношения риск/польза. Невозможно, чтобы полезность всегда была гарантирована, а риск устранен полностью. Только длительный опыт применения лекарства населением позволяет выявить редкие и отсроченные побочные явления. Следствием этого может стать пересмотр информации о лекарстве, предназначенном для самолечения, или даже отзыв его с рынка.

Адаптация к местным условиям.

При оценке пригодности лекарственного продукта для самолечения в расчет должна приниматься ситуация и страна, в которой этот продукт будет использоваться. Очевидно, что в регионе с широким распространением эндемических заболеваний, при отсутствии адекватной медицинской помощи, потенциальные выгоды от применения ряда лекарственных средств будут превышать возможные риски, недоступные где бы то ни было в другом месте. Кроме того, проводимая политика должна учитывать степень грамотности и образовательный уровень населения рассматриваемого региона.

Основные принципы регуляторной оценки продуктов для самолечения.

Экспертиза пригодности лекарственного продукта для использования в целях самолечения должна базироваться на хорошо изученных и документированных данных о его фармакокинетике, фармакодинамике, показаниях к применению, безопасности и эффективности, токсическом и аллергенном потенциале при применении у людей.

При переводе препаратов, отпускавшихся ранее только по рецепту, в категорию продуктов для самолечения необходимо, чтобы они:

- во-первых, были хорошо изучены;

- во-вторых, в течение многих лет широко применялись, пребывая в рецептурном статусе.

При рассмотрении приемлемости для самолечения продуктов, представляющих собой фиксированные комбинации, следует исходить из основного принципа, в соответствии с которым комбинация должна быть терапевтически целесообразна, включать только необхо-

димые для лечения и. традиционны и не содержат активных ингредиентов, избыточных, с точки зрения лечения состояний, для которых указаны. Комбинированные продукты предназначены в качестве средств самолечения.

4.3. Самолечение в России

Концепция ответственного лечения (КОС) находит все больше сторонников в России. В 1997 году Министерством Здравоохранения Российской Федерации был утвержден перечень препаратов, отпускаемых без рецепта врача, что свидетельствует об официальном признании терапевтической целесообразности самостоятельной заботы о здоровье путем применения относительно безопасных лекарственных средств.

Развитие КОС в России обусловлено следующими моментами:

- до 30-х гг. XX века самолечение было вызвано нехваткой медицинских работников и учреждений здравоохранения;
- в последующие десятилетия многие продолжали игнорировать обращение к врачу в силу традиций (длинные очереди в поликлиниках, пренебрежение к собственному здоровью);
- широкое распространение платной медицины в последние годы сделало ее практически недоступной для значительного числа людей.

Развитие фармацевтического рынка в России способствует свободному доступу к фактически любым фармацевтическим препаратам и средствам лечения, и в условиях недоступного бюджетного финансирования системы здравоохранения стала очевидной неизбежностью стимулирования КОС.

Опыт показывает, что широкое использование ПБО для КОС, в конечном счете, ведет к улучшению здоровья населения без дополнительного бремени на государственный бюджет.

4.4. Самолечение в Республике Беларусь

КОС и в Республике Беларусь находит своих сторонников. Родственные отношения между Россией и Беларусью определяют и общие закономерности развития процесса самолечения. Отличительная особенность – отсутствие законодательства, официально объясняющего целесообразность КОС.

В концепции развития здравоохранения РБ (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 25 сентября 1998 года, № 1490) в главе 3 отмечено лекарственное (3.9) и информационное обеспечение отрасли.

В национальном плане действий по улучшению практики рационального назначения лекарственных средств (1998) отмечено:

4. Самолечение и реклама.

4.1. Изучить распространенность самолечения в Республике Беларусь.

5. Разработка и принятие закона о лекарствах.

7. Переработка и утверждение Списка лекарств для безрецептурного отпуска в аптеках.

Важное значение для реализации КОС в РБ является Приказ Министерства Здравоохранения РБ № 13 от 14 января 1999 года «Перечень ЛС, разрешенных к отпуску без рецепта врача».

5. Фармацевтическая биоэтика – раздел биоэтики

Вторая половина XX века характеризовалась высокими темпами научно-технического прогресса, С этим периодом связан новый этап развития профессиональной этики в медицине и фармации – этап биоэтики.

Термин «биоэтика» был введен в обиход американским биологом Ван Ренселлером Поттером в 1971 году.

Биоэтика – это опыт философского, этического осмысления т.н. проблемных ситуаций, в основном возникших в клинической практике за последние 30 лет. Речь идет о комплексе проблем, связанных:

1) с *умиранием человека* (1959 год – состояние «смерти мозга» и новая концепция смерти; эвтаназия – право на смерть с достоинством);

2) с глубокими и противоречивыми проблемами, связанными с медицинскими вмешательствами в *репродукцию человека* (искусственный аборт, стерилизация, искусственное оплодотворение – право на свободный выбор и свободное и ответственное материнство, суррогатное материнство, транссексуализм);

3) с социально-этическими дилеммами *трансплантации жизненно важных органов* (1967 год – первая пересадка сердца от донора с погибшим мозгом);

4) с этической допустимостью применения современных методов *медико-генетического контроля*;

5) с рядом «проблемных ситуаций», связанных с *биомедицинскими экспериментами, где человек привлекается в качестве объекта* (США – заражение вирусом гепатита детей с олигофренией; инъекции клеток рака печени пациентам госпиталя для хроников; 1993 год – «Международные правила этики для проведения медико-биологических исследований с привлечением человека»: основа – добровольное и осознанное согласие).

6) с *современной биотехнологией лекарственных средств*.

Биоэтика шире медицинской и фармацевтической этики, так как служит защите прав человека, гражданских прав личности в современных условиях.

В настоящее время происходит беспрецедентное наводнение лекарственного рынка новыми ЛС. Часть ЛС имеет сомнительное происхождение, а их метаболизм сопровождается образованием реакционно-активных соединений с непредсказуемыми последствиями, создающими реальную угрозу жизни и здоровью современного и будущих поколений человечества.

К тяжелым последствиям может привести употребление некачественных ЛС, удельный вес которых имеет тенденцию к росту, а контрольно-разрешительная система не может в полной мере гарантировать защиту потребителя от негативных последствий использования небезопасных и некачественных ЛС.

В этой ситуации начинает сформировываться новое направление в биоэтике – фармацевтическая этика.

Фармацевтическая биоэтика (ФБ) изучает моральные, правовые, социальные, экологические и юридические проблемы, возникающие при создании, клинических испытаниях, регистрации, производстве, доведении до потребителя и использовании лекарственных препаратов, других фармацевтических и парафармацевтических товаров, а также при оказании фармацевтических научно-консультативных услуг с целью сохранения здоровья людей, их физической и психической неприкосновенности, защиты человеческого достоинства и повышения качества жизни [7].

Этические правила должны соблюдать и при создании фармакологических средств и при клинических испытаниях, работниками контрольно-разрешительных и надзорных систем, при производстве фармацевтических и парафармацевтических товаров, контроля качества и доведении этих товаров до потребителей, особенно это касается пропаганды и реализации ПБО.

Философия развития фармации XXI века обусловлена бурным развитием фармацевтического рынка и кризисными явлениями в ряде стран и в целом мировой цивилизации [7].

Основными компонентами философии являются:

- концепция фармацевтической помощи (ФП);
- концепция фармацевтической биоэтики (ФБЭ).

На основе этих концепций могут быть обеспечены:

- защита человека, его физического и психического здоровья, достоинства, неприкосновенности личности от возможных негативных воздействий агентов и технологий, открытых современной фармацией, медициной и биологией;
- возможность использования этих достижений для поддержания индивидуального и общественного здоровья;
- конституциональные и другие права потребителей фармацевтической помощи (ФП).

Одним из важнейших документов, регулирующих этические вопросы проведения биомедицинских исследований, экспериментов на человеке и животных, является принятая в ноябре 1996 года Советом Европы *«Конвенция о защите прав и достоинства человека в связи с применением биологии и медицины»*.

В настоящее время международное сообщество выработало эффективную систему общественного и государственного контроля над соблюдением прав и интересов субъектов исследований и этичностью клинических исследований (КИ).

Основным звеном этой системы является деятельность *Комитетов по этике* (ЭК). При каждом ЛПУ необходимо создать такой ЭК. Он должен рассматривать любые КИ, которые проводятся в данном учреждении и объектом которых является человек, независимо от того, испытывается ли новое ЛС или новый метод лечения, новая комбинация уже зарегистрированных ЛС.

В состав ЭК должно входить необходимое число лиц, обладающих необходимым суммарным опытом и квалификацией для экспертной оценки научных, медицинских и этических аспектов планируемого исследования.

Для обеспечения полноценной работы ЭК должен разработать, документально оформить и соблюдать стандартные процедуры.

В 1997 году при Российской медицинской ассоциации создан Национальный этический комитет (НЭК), который уже имеет достаточный опыт по одобрению протоколов международных мультицентровых клинических испытаний (ММКИ). НЭК проводит методическую работу по вопросам организации и функционирования ЭК.

Литература

1. Деонтология в медицине: Т. 1. «Общая деонтология» / Под общ. ред. Б.В. Петровского. – М.: Медицина, 1988. – 347 с.
2. Гиппократ. Клятва. Закон о враче. Наставления / Пер. с греч. В.И. Руднева. – Мн.: Современный литератор, 1998. – 832 с.
3. Закон Республики Беларусь № 91-з «О внесении изменений и дополнений в Закон Республики Беларусь «О здравоохранении» / Перечень нормативных и законодательных актов принятых в Республике Беларусь. – 2002.
4. Зеленкова И.Л. Основы этики: Учебное пособие. - Минск: Тетра-Системс, 1998. - 496 с.
5. Криков В.И., Прокопшин В.И. Фармацевтическая этика и деонтология // Организация и экономика фармации. Учебник. – М.: Медицина, 1991. – С. 511-516.
6. Лебедева Т. Ответственное самолечение. Хорошо это или плохо? // Фармацевтический вестник. – 1998, № 21. – С. 13.

7. Колотий Г.В. Фармацевтична біоетика і захист прав споживачів ліків // Фармацевтичний журнал. – 1996. – №1. – С. 89.
8. Мешкова Л. Прогресс науки и фармация // Наука. – 2000. – №43.
9. Скулкова Р.С. Международная конференция «Фармацевтическая биоетика» // Фармация, 1998., №1. – С. 38.
10. Эльяшевич Е.Г. Фармацевту о деснтологии. – Мн.: Выш. школа, 1982. – 88 с.

ЛЕКЦИЯ 2

ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ЭТИКИ В ФАРМАЦИИ: ФУНКЦИИ, ПРИНЦИПЫ, НОРМЫ

Понятие «профессиональная этика». Функции профессиональной этики. Этико-деонтологические соотношения в фармации.

Принципы фармацевтической этики. Принцип автономии. Принцип непричинения вреда. Принцип благодеяния. Принцип справедливости. Этические нормы. Норма правдивости. Норма приватности. Норма конфиденциальности. Норма лояльности. Норма профессиональной компетентности. Этика маркетинга лекарственных средств. Этические стандарты маркетинга. Этические аспекты рекламы ЛБО. Этический кодекс фармацевта. Новые функции в профессиональной деятельности провизора. Провизор в роли врача-парaproфессионала. Клинический провизор и его роль в рациональном использовании лекарственных средств.

1. Понятие «профессиональная этика»

Профессиональная этика -- прикладная наука, изучающая морально-этическую культуру специалиста, нормы поведения и характер взаимоотношений всех участников профессионального взаимодействия.

Для профессий, на которые распространяется такой феномен как профессиональная этика, характерно наличие отношений между людьми не только как субъектами труда (врач-врач, провизор-провизор), но и как субъектами и объектами (врач-пациент, провизор-клиент) [2].

Кроме этого, некоторые профессии (в том числе – провизора и врача) предполагают творческий характер труда (творчество предполагает общественно значимое, но индивидуально неповторимое самовыражение человека). Мораль представляет собой следование определенному стандарту поведения, но это не только не исключает, но и предполагает творческое применение стандарта.

Главный смысл профессиональной этики – совмещение этических стандартов поведения с творческим характером деятельности.

1.1. Функции профессиональной этики

1. *Педагогически-воспитательная*: осознанное освоение будущим специалистом (еще на студенческой скамье) конкретных этических норм, определяющих его мировоззрение, профессиональное мышление.

Большинство из нас усваивает прочные надежные моральные принципы (что такое хорошо, а что – плохо) в процессе обычного

воспитания, приобретая, таким образом, качество, называемое *совестью*.

Наличие его вызывает состояние неудовлетворенности, если мы нарушаем усвоенные принципы. Многие принципы зависят также от «среды, в которой мы обитаем». Они не всегда бывают справедливыми (времена войны, репрессий).

Действенным началом педагогически-воспитательной функции является знание *заповедей Гиппократа*: уважение к жизни, запрет на причинение вреда больному, уважение к личности больного, врачебная тайна, уважение к профессии.

2. Практически-регулятивная: использование в профессиональной деятельности этических принципов и норм (заповеди Гиппократа) как алгоритма при разрешении сложных социальных коллизий и морально-этических дилемм [9].

Пример. В аптеку вошли 2 клиента: первым встал в очередь за лекарством клиент, внешне напоминающий бомжа, а вторым – ваш знакомый, работник аппарата горисполкома. Вы работаете в отделе безрецептурного отпуска лекарственных средств. Каковы ваши действия? Для принятия правильного решения в данной ситуации необходимо соблюдение принципа автономии и принципа справедливости.

1.2. Этико-деонтологические соотношения в фармации

Деонтология – это раздел этики, в котором рассматриваются проблемы долга и должного.

Этот термин введен в 1834 году английским философом Бентамом для обозначения теории нравственности в целом. В середине XX века деонтологию начали рассматривать в рамках профессиональной этики.

Фармацевтическая деонтология изучает нормы поведения фармацевтического работника, направленные на максимальное повышение эффективности медикаментозной терапии и создание благоприятного климата во взаимоотношениях с пациентом, врачом, коллегами по работе.

Она рассматривает требования и правила поведения фармацевтического работника, обеспечивающие выполнение им профессионального долга, вопросы формирования его совести, чести и достоинства, которые служат показателем его высокой гражданской ответственности.

Долг фармацевта – быть предельно точным в работе (точным, как «в аптеке»), ибо лекарственное средство может стать как лекарством, так и ядом для клиента (пациента).

На этапе формирования новой фармацевтической этики «должное» в работе фармацевта по-прежнему занимает ведущее место. Но наряду с этим, в связи с концепцией «ответственного самолечения»,

повышается роль и влияние на профессиональную деятельность фармацевта норм поведения и характера взаимоотношений всех участников фармацевтического взаимодействия.

2. Принципы фармацевтической этики

К числу базисных принципов фармацевтической этики относятся принципы:

А. Принцип автономии (системообразующий).

Б. Принцип непричинения вреда.

В. Принцип благодеяния.

Г. Принцип справедливости.

А. Принцип автономии.

Автономия – самоопределение, которое понимается как форма личной свободы, при которой индивид совершает поступки в соответствии со свободно выбранным им решением. Принцип автономии подразумевает также осознание и уважение достоинства и автономии других людей как полноправных личностей.

В биоэтике выделяются ряд понятий.

1. Автономная личность.

Личность считается автономной, если она перманентно действует на основании свободно выбранного плана, опирающегося на необходимую информацию. Человек с ограниченной автономией либо находится под жестким контролем других, либо не способен обдумывать свои планы или действовать в соответствии с ними.

2. Автономный выбор.

Автономные личности нередко совершают неавтономный выбор в силу временных ограничений, накладываемых болезнью или в результате принуждения. В ряде случаев люди, не являющиеся по сути автономными, могут иногда совершать автономный выбор (выбор психически больным товарища по отделению).

3. Автономное действие.

К признакам автономного действия относятся:

– намеренность;

– понимание человеком характера действия;

– отсутствие внешнего принудительного влияния.

Можно выделить *семь аспектов автономии*, которые следует учитывать при реализации этого принципа в фармацевтической практике:

1) уважение личности клиента;

2) оказание клиенту психологической поддержки в затруднительных ситуациях;

3) предоставление ему необходимой информации (о ЛС и их использовании);

- 4) возможность выбора из альтернативных вариантов;
- 5) самостоятельность клиента в принятии решений;
- 6) возможность осуществления контроля за ходом исследования или лечения (со стороны клиента, пациента);

7) вовлеченность клиента в процесс оказания ему фармацевтической помощи («фармацевтическое сотрудничество»).

На практике принцип автономии предстает в виде следующих конкретных *профессионально-этических стандартов*:

- информированного согласия;
- права клиента на отказ от предложенного ЛС (вида фармацевтической помощи);
- его права на полную информацию о ЛС (вида фармацевтической помощи);
- права на содействие в осуществлении автономного решения.

Автономия клиента не должна пониматься как беспредельное своеволие. Свобода его действий допустима в той мере, в какой эти действия не нарушают автономии других, не наносят ущерба окружающим, не создают угрозы их правам и свободам.

Б. Принцип непричинения вреда.

Этот принцип относится к числу традиционных и часто совмещается с принципом благодеяния, как видно из текста «Клятвы Гиппократата» [8]. Однако запрет творить зло и побуждение к созиданию добра несут разную смысловую нагрузку и нуждаются в отдельном рассмотрении.

Этот принцип предписывает обязанность не наносить ущерба клиенту не только прямо, намеренно, но и косвенно. Для реализации этого принципа и уменьшения риска вреда или побочных эффектов предлагается *четыре требования*:

- 1) то, что мы намереваемся делать, не должно быть безнравственным и не должно быть злом;
- 2) предполагаемый риск не должен быть средством для достижения благой цели: планируемое действие может иметь побочные эффекты, но это не значит, что благая цель оправдывает любые средства; нельзя совершать что-либо безнравственное только потому, что за этим может последовать нечто положительное.
- 3) побочный эффект не может быть специальной целью, а только тем, с чем приходится мириться;
- 4) для совершения действия, за которым могут наступить негативные последствия, нужны веские основания: это означает необходимость взвешивания возможного блага и риска, причем благо должно перевешивать риск или потерю, это так называемое правило «пропорциональности» или «двойного эффекта».

Таким образом, фармацевтическая помощь является моральной, если благо для клиента перевешивает негативный эффект, не являющийся средством для доброй цели.

В. Принцип благодеяния.

Мораль требует, чтобы фармацевтический работник не только относился к клиенту как к автономному лицу, избегал причинять ему вред, но и оказывал ему помощь, способствовал благополучию клиента. Такие действия на благо клиента подпадают под принцип благодеяния.

Этот принцип провозглашает *обязанность помогать клиентам в осуществлении их важнейших и законных интересов*. Благодеяние является обязанностью специалистов, предметом профессиональной деятельности которых является человек.

Особый интерес вызывает вопрос о соотношении принципа благодеяния с принципами автономии и непричинения вреда. По сути, это одна проблема: где проходит граница, за которой принцип благодеяния утрачивает свою силу?

В данной ситуации необходимо взвешивание нравственных ценностей индивида. Что в конкретной ситуации для клиента значимо: жизнь, здоровье или самоопределение?

Реализация принципа благодеяния осуществляется при наличии следующих *четырёх условий*:

- 1) лицо, которому мы должны помочь, находится в опасности или под угрозой серьезного ущерба;
- 2) фармацевтический работник располагает реальными средствами для предотвращения этой опасности или ущерба;
- 3) действия фармацевтического работника, вероятнее всего, предотвратят опасность или ущерб;
- 4) благо, которое клиент получит в результате действий фармацевтического работника, перевешивает ущерб, а сами действия представляют минимальный риск.

Из этого следует, что общий принцип благодеяния как бы состоит из двух более конкретных: 1) *принципа позитивного благодеяния*, т.е. обеспечения блага (включая и устранение вреда); 2) *принципа полезности* (или пропорциональности), который требует взвешивания преимуществ и ущерба.

Принцип полезности может быть легко сориентирован на то, чтобы отдать приоритет интересам общества в ущерб интересам индивида.

Так, этим принципом можно оправдать проведение опасных экспериментов, если предполагается их выдающееся значение для общества. Однако, завышенная оценка интересов общества, как правило, квалифицируется современным моральным сознанием как несправедливость.

Г. Принцип справедливости.

Он призывает, прежде всего, к распределению ресурсов здравоохранения (фармации в том числе), доступа к этим ресурсам членов общества в соответствии со справедливым стандартом.

Этот стандарт может иметь сравнительный характер (сравнение потребностей клиентов в приобретении тех или иных лекарственных средств) или идти по пути поиска соответствия социальной ценности клиента, его реального или потенциального вклада в благополучие общества.

Этот принцип не определен до конца, но ясно одно, что государство должно обеспечить каждого гражданина, независимо от его положения и возможностей, гарантированными видами и качеством помощи (в том числе и фармацевтической) на том уровне, который является необходимым и достаточным для восстановления здоровья и соответствует современной практике здравоохранения.

3. Этические нормы

Этические принципы являются основой для более конкретных этических воззрений – этических норм.

1. Нормы правдивости.

В защиту этой нормы можно привести ряд аргументов.

1. Обязанность говорить правду – есть проявление нашего уважения к другим. Это находит свое выражение в уважении автономии клиента, являющемся основанием стандарта информированного согласия. Согласие не может быть автономным, если оно не опирается на правдивую информацию;

2. Будучи вовлечен в фармацевтическое взаимодействие, клиент становится участником своего рода социального договора, дающего особое право на правдивые сведения о характере фармацевтической помощи. Точно также и фармацевтический работник, выполняя функции врача-парaproфессионала, имеет право на получение правдивой информации от клиента;

3. Правдивые отношения необходимы для успешного фармацевтического взаимодействия и сотрудничества.

Нарушение нормы правдивости может быть оправдано, когда эта норма вступает в противоречие с другими обязанностями, имеющими приоритет в конкретной ситуации («обман во благо»).

Кроме этого, сам клиент может наложить ограничения на сообщение ему фармацевтической информации по мотивам абсолютного доверия фармацевтическому работнику или нежелание узнать негативную информацию о себе.

В таких случаях «право клиента знать» сочетается с его «правом не знать».

2. Норма приватности.

Она подразумевает обязанность не вторгаться в сферу личной (частной) жизни клиента. Речь идет:

- * о недопустимости бесцеремонного вторжения в эту сферу без согласия клиента, что не исключает возможности деликатного проникновения в мир сугубо интимных отношений;

- * о сохранении за клиентом права на личную жизнь.

3. Норма конфиденциальности.

Конфиденциальность – это доверительность отношений, основанная на неразглашении информации.

Информация, предоставляемая клиентом фармацевтическому работнику, не может быть передана другим лицам без разрешения клиента.

Эта норма оправдана как с точки зрения принципа автономии, так и с точки зрения производимых ею последствий:

- 1) она дает возможность удовлетворить потребность клиента в защите информации от третьих лиц;
- 2) повышает уровень доверия к фармацевтическому работнику;
- 3) способствует более полному предоставлению необходимых сведений, реализации требования взаимной честности и достижения целей фармацевтической помощи.

Хотя конфиденциальность зафиксирована во всех этических кодексах, она, к сожалению, нарушается практически повсеместно.

К тому же некоторые законы устанавливают пределы конфиденциальности и требуют сообщения информации о клиентах независимо от их согласия (органы следствия, суда).

4. Норма лояльности.

Лояльность – верность долгу, добросовестность в исполнении явных или подразумеваемых обещаний способствовать благополучию клиента.

Основой для этой нормы являются принципы автономии и позитивного благодеяния. Лояльность фармацевтического работника проистекает из ролевых отношений, которые устанавливаются между ним и клиентом.

Конфликтные ситуации возникают тогда, когда в этих отношениях появляются интересы третьих лиц: родителей (при оказании фармацевтической помощи). В этих случаях этическое решение зависит от значимости тех или иных отношений.

5. Норма профессиональной компетентности.

Она включает в себе адресованное фармацевтическому работнику требование овладеть специальными знаниями, умениями и навыками. Без этих условий фармацевтическая деятельность недопустима и вредна, какими бы намерениями она не оправдывалась.

Эта норма призывает фармацевтического работника не выходить за пределы своей специальности, оставаясь на твердой почве научных знаний и опыта, которыми располагает фармация.

Своеобразными проводниками этических принципов и норм призваны служить *профессионально-этические стандарты*. Они помогают фармацевтическому работнику решать следующие практически важные проблемы:

- необходима ли в данный момент фармацевтическая помощь;
- в каком объеме сообщать клиенту информацию о его состоянии здоровья и предлагаемой фармацевтической помощи, когда провизор выполняет функции врача-парапрофессионала;
- какова тактика фармацевтического работника в случаях отказа от предлагаемой фармацевтической помощи и т.д.

4. Этика маркетинга лекарственных средств

4.1. Этические стандарты маркетинга

На примере России можно проследить процесс цивилизованного контроля и регулирования рынка лекарственных средств.

Необходимость создания *этических стандартов маркетинга ЛС* вызвано тем, что на внедрение нового ЛС требуется, как правило, 10-12 лет исследовательской работы и многомиллионных инвестиций. Это создает предпосылки для различного рода нарушений на рынке ЛС. Особенно это характерно для наиболее видимой части маркетинга – *рекламы*.

Учитывая мировой опыт борьбы с рекламными нарушениями, компании – члены *Ассоциации международных фармацевтических производителей (AIPM)* приняли на себя обязательство соблюдать высокие этические стандарты в своей маркетинговой деятельности в России.

Для того, чтобы помочь фармацевтическим компаниям, действующим в России, развивать и применять нормы честной и ответственной маркетинговой практики, которая принимает во внимание интересы общественного здравоохранения, разработан *Кодекс маркетинговой практики AIPM*.

Он содержит ряд жестких требований к маркетингу рецептурных и безрецептурных ЛС и предусматривает соответствующие процедуры в целях контроля и принятия мер в отношении возможных нарушений этических норм членами ассоциации.

Контроль над соблюдением этических норм маркетинговой практики членами ассоциации заключается в следующем:

- 1) ни один фармацевтический продукт не может рекламироваться для использования в России, пока не будет получено разрешение на его маркетинг от соответствующего органа здравоохранения;

2) рекламные материалы для фармацевтической продукции должны быть точными, понятными, объективными и представлены в такой форме, которая соответствовала бы не только правовым требованиям, но и высоким этическим стандартам и хорошему вкусу;

3) вся рекламно-информационная продукция перед ее распространением должна получить соответствующее разрешение органов здравоохранения или положительный отзыв специалиста.

Особые требования предъявляются к рекламе препаратов безрецептурного отпуска (ПБО), которые могут применяться для самолечения без консультации врача.

Реклама ПБО не должна:

1) создавать впечатление, что нет необходимости в медицинской консультации или хирургическом вмешательстве;

2) предлагать диагностирование или лечение по почте;

3) утверждать, что эффект от приема лекарства гарантирован, не сопровождается побочными эффектами, сильнее или равен по силе эффекту от известного метода лечения или медицинского продукта;

4) декларировать, что здоровье субъекта ухудшается без приема данного лекарства;

5) быть направлена исключительно или в основном на детей;

6) приводить к ошибочному самодиагнозу вследствие описания или детального рассказа об истории конкретной болезни;

7) утверждать, что ПБО могут излечить туберкулез, онкологические заболевания, болезни передаваемые половым путем, а также хроническую бессонницу, диабет и иные метаболические заболевания.

Члены AIPM считают, что применение Кодекса маркетинговой практики и самодисциплина являются важнейшими элементами в работе международных фармацевтических компаний в России и стран постсоветского пространства.

Одними из ближайших задач AIPM является налаживание этического регулирования и саморегулирования в деятельности *интернет-аптек*, так как оборот лекарств и медицинских изделий в этой сфере постоянно растет.

4.2. Этические аспекты рекламы ПБО

В 90-е годы XX века в связи с развитием фармацевтического рынка в России и странах СНГ (в том числе и в Республике Беларусь) возросла доля рекламы фармацевтической продукции, в том числе безрецептурных средств для самостоятельной борьбы с недомоганиями и заболеваниями.

Основным законодательным актом, регулирующим рекламу фармацевтической продукции в России является закон «О рекламе», принятый в 1995 году. Он предъявляет общие требования к рекламе ЛС:

* запрещает недостоверную, недоброкачественную, сравнительную, незтичную и заведомо ложную рекламу, а также рекламу медикаментов, не разрешенных в РФ (статья 16.2.);

* реклама разрешенных ЛС, отпускаемых по рецепту врача, допускается только в печатных изданиях для медицинских и фармацевтических работников.

Таким образом, в средствах массовой информации разрешена свободная реклама только препаратов безрецептурного отпуска, зарегистрированных в России, что в принципе, отвечает требованиям мировой практики.

Основные тенденции развития фармацевтического рынка и его рекламы в *Республике Беларусь* сходны с таковыми в России. Отличительной особенностью является некоторое отставание в РБ выхода законодательных актов, регламентирующих этот рынок.

Речь идет пока:

- о налаживании государственного контроля за рекламой в средствах массовой информации;
- о совершенствовании практики санитарного просвещения населения в области использования ЛС;
- о разработке и принятии закона о лекарствах;
- о переработке и утверждении списка лекарств для безрецептурного отпуска в аптеках.

Эти положения входят в *национальный план действия по улучшению практики рационального назначения лекарственных средств*.

Важным этапом в развитии фармацевтического рынка в Республике Беларусь, а также реализации концепции ответственного самолечения (КОС) является *приказ МЗ РБ № 13* от 14 января 1999 года «Перечень ЛС, разрешенных к отпуску без рецепта врача».

5. Этический кодекс фармацевта

Этический кодекс фармацевта в Республике Беларусь пока не разработан. В России он уже разработан Российской фармацевтической ассоциацией и одобрен Советом Международной фармацевтической федерацией в сентябре 1997 года.

Он содержит этические принципы и вытекающие из них профессиональные обязательства.

В этом кодексе подчеркивается:

- интересы больного (пациента-клиента) имеют преимущество перед коммерческими интересами предприятий;
- фармацевт должен признавать право личности на свободу выбора лечения;

- фармацевт должен соблюдать конфиденциальность (доверительность) информации о больном;
- фармацевт должен сотрудничать с коллегами и с другими профессиональными организациями в целях сохранения здоровья, улучшения лечения или профилактики заболевания;
- фармацевт должен быть компетентным, т.е. признающим необходимость поддержания и развития своих профессиональных знаний, умений и навыков;
- фармацевт должен соблюдать этические нормы при выполнении информационной и рекламной деятельности в сфере обращения ЛС;
- фармацевтический работник не имеет права использовать свои знания в негуманных целях.

Значение кодекса (функции):

- 1) интегрирует различные (этические и правовые) подходы к регулированию деятельности фармацевта;
- 2) дает фармацевту ориентиры к принятию правильных (с этической, правовой, профессиональной точек зрения) решений в сложных и конфликтных ситуациях;
- 3) сводит к минимуму риск ошибочных решений и их негативных последствий;
- 4) обозначает критерии оценки профессиональных действий;
- 5) защищает фармацевтов от неправомерных к ним претензий;
- 6) способствует укреплению нравственных позиций в фармации;
- 7) консолидирует профессиональное сообщество фармацевтов на основе моральных взаимоотношений и моральной ответственности.

6. Новые функции в профессиональной деятельности провизора

6.1. Провизор в роли врача-парапрофессионала

С открытием рынка фармацевтической продукции население получило свободный доступ к широкому набору лекарств отечественного и зарубежного производства, к самым современным медицинским препаратам. Посетителям аптеки сегодня предлагается большой выбор лекарств рецептурного и безрецептурного отпуска [4].

В тоже время возникли проблемы, с которыми раньше не сталкивались провизоры и потребители. Одна из них – *информированность о новых лекарствах*. Особенно это касается лекарств безрецептурного отпуска, когда ответственность за принятие решения о лечении «легких» заболеваний или недомоганий перекладывается с врача непосредственно на пациента. Неподготовленному потребителю, безусловно, сложно разобраться в этом потоке информации, в свойствах и эффективности тех или иных препаратов.

В этой ситуации возрастает значение провизоров в общей системе обеспечения здоровья населения. Конечно, только квалифицированный специалист может правильно поставить диагноз и назначить лечение, даже если речь идет о лечении ПБО. Однако современные тенденции в мире свидетельствуют о том, что *роль ответственного самолечения в общественной системе здравоохранения неуклонно возрастает.*

При лечении легких недомоганий население все больше полагается на собственное воззрение относительно своего здоровья, причем совета оно ищет, прежде всего, у провизоров.

В большинстве случаев на выбор ПБО клиентом основное влияние оказывает провизор, к советам которого прислушиваются потребители при покупке этих средств.

В связи с этим провизор:

1) должен приложить немало усилий к тому, чтобы клиент получил исчерпывающие сведения при покупке лекарств для самолечения;

2) он должен подробно расспросить, например, о симптомах, чтобы сделать компетентное заключение об имеющихся нарушениях самочувствия;

3) он обязан также поинтересоваться, принимались ли уже какие-нибудь препараты;

4) на основании этого провизор может решать, свидетельствуют ли имеющиеся симптомы о серьезном заболевании, и есть ли необходимость в посещении врача;

5) если симптомы оказались «безобидными», то фармацевт должен дать совет о принятии определенного препарата;

6) кроме этого совет может содержать рекомендацию посетить врача в случае, если отмеченные симптомы не исчезнут после приема лекарств.

7) помимо вышеназванного необходимо просвещение населения относительно здорового образа жизни, основ самолечения и правильного применения ПБО через средства массовой информации, научно-популярную литературу, чтение лекций и т.д.

Таким образом, активное участие провизора в роли «врача-парaproфессионала» с целью обеспечения здоровья населения и реализации концепции ответственного самолечения является задачей сегодняшнего дня.

Для успешной деятельности провизора в качестве врача-парaproфессионала необходимыми условиями являются:

1) наличие алгоритма формирования отношений в диаде «провизор-клиент» с учетом этических, психологических и других аспектов;

2) проведение циклов повышения квалификации провизоров «Актуальные вопросы патологии, фармакологии и фитотерапии» с целью развития клинико-фармакологического мышления;

3) обеспечение индивидуального автоматизированного учета постоянного контингента посетителей аптек, которые занимаются самолечением;

4) реализация концепции личных продаж как метода продвижения товаров;

5) оказание информационной поддержки провизоров (Пермская фармацевтическая академия):

- * методика процесса БРО ЛС;

- * подробная и достоверная информация для всех участников КОС;

- * перечень состояний здоровья и заболеваний (23 нозологии), при которых наиболее часто используются ПБО;

- * система вопросов для клиента, уточняющих симптомы и выбор помощи;

- * информационные продукты для пациентов по вопросам самостоятельного лечения (дискомфортных желудочных состояний, симптомов простуды, головных болей);

- * методические подходы к совершенствованию информационной поддержки БРО ЛС на трех уровнях: врач – аптека – пациент;

6) обеспечение жесткой регламентации правил БРО ЛС (аптека – это и торговая организация).

6.2. Клинический провизор и его роль в рациональном использовании лекарственных средств

Появление специалистов нового профиля, клинического провизора (фармацевта) в начале 60-х годов XX века было обусловлено потребностями медицинской практики. В конце 50-х годов начался бурный рост количества ЛС промышленного производства, применяемых для лечения больных.

Мировой фармацевтический рынок ЛС ежегодно увеличивается на 10-12 %. Такими же темпами увеличивается ежегодное потребление ЛС. В 2000 году фармацевтический рынок не только обновился в несколько раз, но и на нем появилось свыше 60 % совершенно новых ЛС.

Лекарственный бум предшествующих четырех десятилетий поставил в весьма затруднительное положение врача, который стал испытывать дефицит знаний:

- о химических свойствах ЛС;

- о взаимодействии ЛС друг с другом, химическими веществами биологических структур организма и компонентами пищи;

– о взаимозаменяемости, фармакокинетике и фармакодинамике ЛС;

– об оптимальных схемах и режимах лекарственной терапии (особенно комплексной).

В экономически развитых странах *клиническая фармация* сегодня полностью признана как необходимое и полное направление фармации, которое оправдало себя.

Клинический провизор – специалист, который владеет системными знаниями базовой и клинической фармакологии и знаком с основными видами медицинской документации, общей синдромологией и клинической симптомологией, основными методами клинического, лабораторного та инструментального обследования больного, направлениями и принципами лечения заболеваний [3].

1. В *лечебно-профилактических учреждениях* провизор выполняет роль *консультанта врача* по вопросам:

- повышения эффективности фармакотерапии;
- уменьшения побочного и нежелательного действия лекарственных препаратов;
- оптимизации стоимости лечения [6].

Благодаря фундаментальным знаниям химических дисциплин, биохимии, токсикологии и практическим навыкам работы с лабораторно-диагностическим оборудованием клинический провизор-лаборант может работать в клиничко-биохимических лабораториях.

2. В *аптечных организациях* клинический провизор обеспечивает фармацевтическую заботу больных:

- консультирует по вопросам рационального использования без рецептурных препаратов;
- подбирает эффективные и дешевые аналоги дорогих и оригинальных лекарственных препаратов.

3. В *научно-исследовательских организациях* медицинского и фармацевтического профилей клинический провизор берет активное участие:

- в доклинических исследованиях;
- в клинической апробации лекарственных препаратов;
- в определении их биоэквивалентности.

4. Клинический провизор является ценным работником в *сфере фармацевтического бизнеса*. Он проводит работу по вопросам:

- * квалифицированной рекламы лекарственных препаратов;
- * маркетинговых исследований;
- * фармаэкономки.

Таким образом, клинический провизор – специальность перспективная, интересная, отвечающая современному уровню развития медицины и фармации.

Не случайно клинических провизоров готовят в фармацевтических вузах Германии, Франции, Италии, США, Канады, Японии, а также в ряде национальных вузов африканских и арабских стран.

В 68 фармацевтических колледжах США *клиническая фармация* признана в качестве специальной дисциплины, что позволяет выпускать специалистов нового профиля – *«клинический фармацевт»* (специалист по технологии лекарственного лечения).

Мировая практика показала, что в современных условиях безопасность, эффективность и экономичность лекарственного лечения можно обеспечить, лишь *объединив усилия врача и клинического фармацевта*.

Клинические фармацевты несут юридическую ответственность за правильность рекомендаций по лекарственному лечению.

Деятельность клинических фармацевтов способствует значительному снижению числа случаев побочного и отрицательного действия ЛС и дает выраженный экономический эффект.

Специальные исследования, проведенные в больницах Англии, показали, что клинические фармацевты имеют высокий авторитет у врачей. Подавляющее большинство врачей согласно с их рекомендациями.

Формирование идей о подготовке клинического провизора началось в бывшем СССР в 70-е годы XX века. Этому способствовали следующие *проблемы, связанные с фармакотерапией*:

- среди всех отравлений 58 % составляли медикаментозные;
- в условиях стационарного лечения у 18-30 % больных наблюдались отрицательные побочные реакции и осложнения;
- отмечалось нерациональное и бесконтрольное применение не проверенных фармакологами комбинаций ЛС;
- во врачебной практике имело место необоснованное одновременное назначение большого числа ЛС.

В 1989 году был сделан первый выпуск клинических провизоров в Курском медицинском институте.

С 1997 года на кафедре общей и клинической фармакологии ВГМУ провизорам общего профиля в программу обучения было включено основное содержание *клинической фармации* [1].

Наряду со всесторонним изучением специальных фармацевтических дисциплин (фармацевтическая химия и технология, фармакогнозия и ботаника, организация и экономика фармацевтического дела и др.) ведется еще углубленная подготовка будущих провизоров по основам патологии, первой доврачебной помощи, клинической и лабораторной диагностики и, особенно, по общей и клинической фармакологии (фармакотерапии) [5].

Формирование клинико-фармакологического мышления у современных провизоров, с точки зрения потребностей практического здра-

образования должно базироваться на методически правильном подходе четко определяющем стратегию и тактику программы их обучения в вузе в течение до- и последилового периода [1].

Клинический провизор (консультант – провизор):

1) осуществляет консультативно-формационную помощь врачу в проведении рационального выбора и назначения ЛС с целью повышения эффективности и безопасности фармакотерапии;

2) консультирует провизоров и население в области лекарствоведения и преодоления наркомании, токсикомании, фармакомании, несовместимости и экологической опасности.

Участие клинического провизора в реализации концепции ответственного самолечения является очевидным. Не менее очевидным является и то, что расширение профессиональной деятельности провизора порождает новые морально-этические проблемы в диадах «клинический провизор – провизор-технолог», «клинический провизор – врач», «клинический провизор – клиент, пациент, больной».

Литература

1. Воронов Г.Г. Провизор и ... чуть-чуть клиницист // Фармацевтический вестник. – 2000. – № 36.
2. Губский Н.М. Профессиональная этика фармацевта // Фармацевтический журнал. – 1986. – № 5. – С. 16-17.
3. Завьялов А.В. Роль клинического провизора в фармакотерапии // Фармация. – 1990. – № 5. – С. 1-5.
4. Коноплева А.В. Провизор – врач-парапрофессионал: актуальность и перспективы решения проблемы // Теория и практика медицины: Сб. науч. тр. Вып. 1 / Под ред. И.Б. Зеленкевича и Г.Г. Шанько. – Минск, 1999. – С. 30-31.
5. Концепция фармацевтического образования в Республике Беларусь (проект) // Медицинский вестник. – 1998. – № 15. – С. 1,3.
6. Кудрин А.Н., Давыдова О.Н., Ряженев В.В. О подготовке клинического провизора-консультанта // Фармация. – 1992. – № 5. – С. 45-47.
7. Лебедева Т. Ответственное самолечение. Хорошо это или плохо? // Фармацевтический вестник. – 1998. – № 21. – С. 13.
8. Эльязевич Е.Г. Фармацевту о деонтологии. – Мн.: Выш. школа, 1982. – 88 с.
9. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Тихоненко. – М.: Право и закон, 1996. – 192 с.

ЛЕКЦИЯ 3

ЛИЧНОСТЬ ПРОВИЗОРА КАК ФАКТОР УСПЕШНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ С КЛИЕНТОМ

Психологические требования к личности провизора. Взаимосвязь деятельности и личности провизора. Структура личности. Я-концепция личности. Парадигма цельности человека. Психологические особенности личности успешного провизора. Типы темпераментов. Экстраверты и интроверты. Характер. Характер как алгоритм поведения. Характер и внешность человека. Способности и фармацевтическая деятельность. Локус контроля. Контроль над эмоциями. Автономия личности. Психологическая готовность провизора к взаимодействию с клиентом. Управление поведением покупателей.

1. Психологические требования к личности провизора

1.1. Взаимосвязь деятельности и личности провизора

Профессиональная деятельность тесно связано с личностью профессионала. Существует взаимосвязь между особенностями личности работника и процессом, а также результатами профессиональной деятельности. Кроме этого, само формирование человеческой личности в значительной степени происходит в ходе профессиональной деятельности и под ее влиянием [3].

На настоящем этапе развития общества именно профессиональная деятельность дает максимальные потенциальные возможности одновременного и наиболее полного удовлетворения всех базовых потребностей личности (потребности в безопасности, самоуважении, социальном признании и т.д.). В конечном счете, самореализация личности осуществляется наиболее плодотворно именно в профессиональной деятельности [2].

В связи с этим с начала 1940-х гг. в профессиональной психологии интерес исследователей постепенно смещался с изучения психофизиологических качеств и особенностей психических процессов работника на исследование личности. Можно кратко перечислить основные итоги экспериментальных работ, явившиеся причиной повышения внимания к проблемам личности профессионала.

1. Обнаружено, что особенности личности, выступая профессионально важными качествами, могут оказывать значительное влияние на успешность, надежность и другие объективные показатели профессиональной деятельности. Эта закономерность подтверждена для самых разнообразных видов деятельности (Корнеева, 1984б; Фирсова, 1989).

2. Особенности личности выступают важнейшими детерминантами профессионального обучения; от них во многом зависят скорость приобретения профессионального мастерства и качество подготовки.

3. Влияние особенностей личности на характеристики профессиональной деятельности часто опосредованы таким важным субъективным показателем, как *удовлетворенность трудом*.

Особенности личности оказывают значительное влияние на основные этапы процесса *саморегуляции деятельности* – постановку целей, составление и коррекцию программ действий, соответствующих этим целям, условиям деятельности и собственным возможностям профессионала. Удалось выделить несколько групп, различающихся по особенностям саморегуляции деятельности в связи с определенным комплексом личностных характеристик (Корнеева, 1984).

1 группа. Психологические особенности: адекватная и достаточно устойчивая самооценка, невысокий или средний уровень тревожности, эмоциональная устойчивость, достаточная и обоснованная уверенность в себе, показатели силы нервной системы средние и высокие, адекватный и устойчивый уровень притязаний.

Особенности саморегуляции: способность к последовательной постановке целей в деятельности, формированию стратегий поведения, адекватных задачам деятельности и собственным возможностям; успех оказывает стимулирующее действие, неудача не вызывает резких негативных реакций, способствует проявлению настойчивости в достижении цели; характерны стремление определить действительные причины неудачи и осуществление адекватных коррекций. Учебная и профессиональная деятельность отличается высокой стабильностью и достаточно полной реализацией возможностей в ней.

2 группа. Психологические особенности: заниженная самооценка, в структуре которой когнитивные механизмы функционируют неадекватно в сторону занижения оценок даже в условиях полной информации о результатах деятельности, защитные механизмы активизированы с предпочтением защитных стратегий по типу «гарантированного успеха», высокая тревожность, эмоциональная нестабильность, нервная система чаще слабая или средняя, инертность торможения, боязнь риска, неуверенность в себе, уровень притязаний устойчиво занижен.

Особенности саморегуляции: постановка целей ниже своих возможностей, дезорганизующее влияние неудачи, отсутствие адекватных реакций повышения уровня цели после успеха. В учебной и профессиональной деятельности – пассивность, неверие в свои силы, слабое стремление к достижению цели. Уровень успешности обычно ниже среднего, однако, на этом уровне деятельность достаточно стабильна, без внезапных срывов. Этот тип саморегуляции препятствует полной реализации своих возможностей.

В современном обществе происходят существенные изменения. Они затрагивают также сегодняшнюю аптечную службу, а следовательно, и специалистов, обеспечивающих лекарственное обслуживание населения и лечебно-профилактических учреждений. На современном этапе, когда аптечная служба вступила в рыночные отношения, когда идет приватизация аптечных учреждений и предприятий, жизнь выдвинула совершенно новые профессиональные и должностные требования к деятельности провизора.

Провизоры должны быть подготовлены как специалисты широкого профиля:

- * иметь высокий профессиональный уровень;
- * обладать экономическим мышлением нового типа;
- * обладать инициативой и предприимчивостью;
- * обладать способностью быстро адаптироваться к изменениям в аптечном производстве;
- * уметь оперативно внедрять в практику достижения фармацевтической науки и передовой опыт.

С учетом особенностей профессиональной деятельности провизора в сфере лекарственного обслуживания специалист с высшим фармацевтическим образованием ***должен обладать определенными социально-психологическими свойствами личности***, отвечающими потребностям общества, принципам фармацевтической этики и деонтологии.

Провизор должен иметь:

- определенные организаторские способности,
- широкую эрудицию,
- соответствующий уровень культуры.

Провизор должен быть:

- * интеллектуальным человеком;
- * с высокими нравственными качествами;
- * терпеливым;
- * тактичным;
- * пунктуальным;
- * аккуратным;
- * способным к сопереживанию;
- * внимательным;
- * отзывчивым.

С учетом основного назначения ***провизор должен иметь:***

- необходимый уровень профессиональной компетентности;
- ответственно подходить к порученному делу;
- владеть передовыми методами управления трудовым коллективом;
- владеть принципами научной организации труда.

Таким образом, профессиональная деятельность провизора предъявляет к нему очень высокие требования как к личности.

Психологическими особенностями личности провизора, определяющими успешность этой деятельности, являются (В.П. Дуброва, А.Л. Церковский)

- 1) мотивация достижения успеха, стремление быть успешным и представление об активности и действиях, способных привести к успеху и предотвращающих неудачи в фармацевтическом взаимодействии, что обеспечивает реализацию профессионального потенциала личности в деятельности,
- 2) позитивная «Я-концепция»;
- 3) внутренний локус контроля;
- 4) стремление к самоактуализации, высокий уровень личностной зрелости и потребность быть индивидуальным;
- 5) самостоятельность и независимость (высокий уровень личностной свободы) [7,8].

1.2. Структура личности

В рамках многочисленных теорий личности существуют различные представления о структуре личности (структура личности по К.Юнгу, З.Фрейду, Д.А. Леонтьеву и т.д.) [3, 4, 6, 9, 10].

В данном случае предлагается динамическая функциональная структура личности по К.К. Платонову. Эта концепция личности обобщает четыре процессуально-иерархические подструктуры личности с субординацией низших подструктур высшим и включает наложение на них подструктуры способностей и характера.

Прежде всего, дадим определение личности.

Личность – системное качество индивида как субъекта деятельности и общения, характеризующее его со стороны включенности в общественные отношения.

Структура личности по К.К. Платонову включает в себя следующие подструктуры:

1. *Направленность личности.* В нее входят убеждения, мировоззрения, идеалы, стремления, интересы, желания. Определяющую роль играет социальное, а биологического почти нет. Формируется воспитанием.

2. *Подструктура опыта.* В нее входят привычки, умения, навыки, знания. В этой подструктуре значительно больше социального, нежели биологического. Формируется путем обучения

3. *Подструктура форм отражения.* В нее входят такие психические (познавательные и эмоционально-волевые) процессы, как ощущение, восприятие, мышление, память, воля, внимание, эмоции, чувства. В этой подструктуре чаще больше социального. Формируется через упражнения.

4. *Биологическая подструктура.* Она включает в себя темперамент, половые, возрастные, фармакологически обусловленные свой-

ства. В подструктуре социального почти нет. Формируется путем тренировки.

Для провизора ведущим фактором, определяющим поведение и деятельность должна являться направленность личности, ориентирующая его на успех.

1.3. Я-концепция личности

Развитая личность обладает самосознанием. Субъективно для человека личность выступает как его Я или Я-концепция [1].

Я-концепция – динамическая система представлений человека о самом себе, сопряженная с их оценкой.

1. Когнитивная составляющая.

Представления человека о самом себе (ролевые, статусные, психологические характеристики). Они кажутся индивиду убедительными независимо от того, являются ли они истинными или ложными (надежный, общительный, сильный, совестливый).

2. Оценочная составляющая.

Она включает в себя самоуважение, самокритичность, себялюбие, самоуничижение. Источником оценки является социокультурное окружение.

Человек склонен оценивать себя так, как, по его мнению, его оценивают другие.

Самооценка – личностное суждение о собственной ценности, которое выражается в установках, свойственных индивиду.

Соотношения между самооценкой, успешностью деятельности и требованиями личности к себе (уровень притязаний) отражает формула Джеймса:

$$\text{Самооценка} = \text{Успех} / \text{Притязания}$$

Позитивная Я-концепция – позитивное отношение к себе, самоуважение, принятие себя, ощущение собственной ценности.

Негативная Я-концепция – негативное отношение к себе, неприятие себя, ощущение своей неполноценности.

3. Поведенческая составляющая.

К ней можно отнести стремления повысить социальный статус, быть понятым, стать незаметным, скрыть недостатки.

Образ и оценка своего Я предрасполагают человека к определенному поведению.

Глобальная Я-концепция – совокупность установок индивида, направленных на самого себя.

Установки могут иметь различные модальности:

Я-реальное – установки, связанные с тем, как индивид воспринимает свои актуальные способности, роли и пр.

Я-социальное (зеркальное) – установки, связанные с представлениями индивида о том, как его видят другие.

Я-идеальное – установки, связанные с представлениями индивида о том, каким он хотел бы себя видеть.

Люди не всегда ведут себя в соответствии со своими установками, убеждениями. Их поведение может модифицироваться или сдерживаться в силу его социальной неприемлемости.

Для провизора важно, чтобы его Я-концепция носила позитивный характер.

1.4. Парадигма цельности человека

Цельность человека является личностной характеристикой, которая является результатом эффективного взаимодействия между собой различных уровней организации человека как сложной социально интегрированной живой биологической системы [В.А. Аверин и др., 1991]. В данном случае речь идет о личностном и поведенчески-деятельностном уровнях.

Систематизирующим фактором на уровне личности является *направленность личности*, которая рассматривается как система эмоциональных, познавательных и поведенческих отношений к своей деятельности. Именно направленность личности организует тесное взаимодействие множества отдельных свойств и качеств личности, выступая конечным результатом их интегрального взаимодействия.

В структуре субъекта деятельности роль системообразующего фактора выполняет *стиль деятельности* человека в разных его сферах жизни: труде, познании, общении.

Он представляет собой взаимосвязанную совокупность индивидуальных особенностей, способов и характера осуществления определенной деятельности, как правило, предполагающей взаимодействие с людьми и выступающей как динамический стереотип.

Направленность личности и стиль деятельности провизора, ориентирующие его на успех – вот слагаемые эффективности профессиональной деятельности провизора.

2. Психологические особенности личности успешного провизора

2.1. Типы темперамента

Темперамент – качество личности, сформировавшееся в личном опыте человека на основе генетически обусловленного его типа нервной системы и в значительной мере определяющее стиль его деятельности [6,10].

1. *Сангвиник* (сильный, уравновешенный, подвижный тип нервной системы, тип высшей нервной деятельности):

– тип темперамента, проявляющийся подвижностью, отзывчивостью и общительностью (К.К. Платонов);

– сангвиник – горячий, очень продуктивный деятель, но лишь тогда, когда у него много и интересного дела, т.е. постоянное возбуждение. Когда же такого дела нет, он становится скучным, вялым... (И.П. Павлов);

– эмоционально устойчивый экстраверт (Айзенк).

2. **Флегматик** (сильный, уравновешенный, инертный тип высшей нервной деятельности):

– тип темперамента, проявляющийся в медлительности, устойчивости интересов и стремлений, слабом внешнем выражении субъективных состояний (К.К. Платонов);

– флегматик – спокойный, всегда ровный, настойчивый и упорный труженик жизни (И.П. Павлов);

– эмоционально-устойчивый интроверт (Айзенк).

3. **Холерик** (сильный, неуравновешенный тип высшей нервной деятельности):

– тип темперамента, проявляющийся в бурных эмоциях, резких сменах настроения, неуравновешенности и истощаемости (К.К. Платонов);

– холерик, «увлекшись каким-нибудь делом, чересчур налегает на свои средства и силы и, в конце концов, рвется, истощается больше, чем следует, он дорабатывается до того, что ему все невозможно» (И.П. Павлов);

– эмоционально-неустойчивый экстраверт (Айзенк).

4. **Меланхолик** (слабый тип высшей нервной деятельности):

– тип темперамента, характеризующийся легкой ранимостью, склонностью глубоко переживать даже незначительные события при вялом внешнем реагировании (К.К. Платонов);

– меланхолический темперамент есть явно тормозимый тип нервной системы. Для меланхолика, очевидно, каждое явление жизни становится тормозящим его аспектом, раз он ни во что не верит, ни на что не надеется, во всем видим и ожидает только плохое, опасное (И.П. Павлов);

– эмоционально-неустойчивый интроверт (Айзенк).

Знание своего темперамента как важной индивидуальной особенности личности может помочь провизору успешно выполнять свои профессиональные обязанности.

2.2. Экстраверты и интроверты

Экстраверт – тип личности, противоположный интроверту, в отличие от которого ему более свойственная направленность, непосредственно откликающаяся на внешние впечатления. Экстраверт внешне направлен: он общителен и легко вступает в контакт, живя больше

сободным днем и интересами людей, его окружающих, всегда стремится поделиться своими мыслями.

Интроверт – термин, введенный современным английским психологом Э. Айзенком для обозначения типа личности, направленность которой в большей степени определяется внутренним миром с выраженным развитием Я, памяти и воображения (К.К. Платонов).

Специфика профессиональной деятельности провизора делает предпочтительным экстравертированный тип личности.

2.3. Характер

1. Характер как алгоритм поведения человека.

Характер – совокупность устойчивых индивидуальных особенностей личности, складывающихся и проявляющихся в деятельности и общении, обуславливая типичные для нее способы поведения.

Черты характера, обладая определенной побуждающей силой, ярко проявляются в ситуации выбора действий или способов поведения [6].

С такой точки зрения в качестве черты характера можно рассматривать степень выраженности мотивации достижения – *потребности в достижении успеха*. Для одних характерен выбор действий, обеспечивающих успех (инициатива, активность, предприимчивость). Для других – стремление избегать неудач (отклонение от риска и ответственности, избегание проявления активности и инициативы).

Наиболее важными для провизора личностными качествами являются: отзывчивость, терпимость, тактичность, сдержанность, аккуратность, пунктуальность, серьезность.

Профессионально важные качества можно развить и углубить в период обучения.

2. Характер и внешность человека.

Физиогномика – учение о связи между внешним обликом человека и его принадлежностью к определенному типу личности, благодаря чему по внешним признакам могут быть установлены психологические характеристики этого типа (в том числе и характера).

Аристотель и Платон предлагали определять характер человека, отыскивая в его *внешности черты сходства с каким-нибудь животным*, а затем отождествляя его характер, как в восточном гороскопе, с характером этого животного.

Так, по Аристотелю, толстый, как у быка, нос означал лень, широкий нос с большими ноздрями, как у свиньи, – глупость, нос, как у льва – важность. Волосы тонкие, как шерсть у коз, овец и зайцев – робость, волосы жесткие, как у львов и кабанов – храбрость.

Лафатер рассматривал *рот* человека, как «главную резиденцию разума и безумия, силы и слабости, добродетели и порока, деликатности и грубости человеческой, они (уста) – резиденция любви и нена-

висти, искренности и лицемерия, смирения и гордости, истины и лжи».

Делестр отмечал, что *степень сжатия губ* прямопропорциональна твердости характера; расслабленные губы – признак обладания «женскими» чертами характера (мягкость, любезность).

Однако самым важным показателем характера являлись *глаза* человека. Еще древние говорили: «Глаза – это зеркало души».

Аристотель указывал, что большие добродушные, но выпуклые глаза, являются признаком глупости.

Л.Н. Толстой различал хитрые глаза, лучистые, светлый взгляд, грустный, холодный, безжизненный. Он писал: «Есть люди, у которых одни глаза смеются, – это люди хитрые и эгоисты. Есть люди, у которых рот смеется без глаз, – это люди слабые, нерешительные, и оба эти смеха неприятны».

Американские психологи Дж. Глайв и Э. Клери после пятилетнего изучения десяти тысяч детей доказали, что дети с *темными* глазами обладают большей инициативой и более беспокойным характером, нежели дети со *светлыми* глазами.

Авторы утверждают, что люди с *темно-голубыми* глазами весьма настойчивы, но имеют склонность к сентиментальности. Они легко поддаются настроению, долго помнят обиды, бывают капризны, иногда их поступки непредсказуемы.

Люди с *темно-серым* цветом глаз – упрямые и смелые, они настойчивы и добиваются своего, несмотря на различные трудности. Бывают вспыльчивы и злопамятны. Ревнивы, большей частью однолюбы.

Те, кто обладают *темно-кариими* глазами, веселы, остроумны, вспыльчивы, но отходчивы. Они влюбчивы, но не очень постоянны. Как правило, общительны, любят юмор, легко сходятся с людьми. Нередко поступают опрометчиво, после чего мучаются раскаяниями.

Обладатели *светло-карих* глаз застенчивы, склонны к уединению, мечтательны, тяжело переносят нанесенную им обиду. Трудлюбивы, старательны, на них можно положиться.

Синие глаза свидетельствуют о романтических наклонностях, но в то же время и од эгоизме и самомнении. Синеглазые легко поддаются порывам, но быстро остывают. Их несомненно положительная черта – правдивость.

Люди с *зелеными* и *серо-зелеными* глазами имеют сильную волю, решительны и неукоснительно идут к своей цели. Они отличаются постоянством. Бывают жесткими и несговорчивыми.

По мнению некоторых психологов, наиболее ярко характер раскрывается в *позе человека*. Люди высокомерные чаще наклоняют корпус назад, выпячивают грудь, отбрасывая голову назад. Подхалим весь наклоняется вперед, взгляд заискивающий, хотя в уголках глаз заметный хитрый смех, на лице широкая, подобострастная улыбка.

Связь между внешностью человека и складом его характера отчетливо прослеживаются как в литературных произведениях, так и в изображении великих мастеров портрета. Однако, научная психология исходит из положения, что зависимость между привычным выражением лица человека и складом его характера не является однозначной. И здесь нельзя не согласиться с А.В. Петровским, что «причиной слегка приоткрытого рта может быть не только глупость человека, но и глухота, больная носоглотка и напряженное внимание».

Знание возможных взаимосвязей между внешностью человека и его характером может оптимизировать общение провизора с клиентом.

2.4. Способности и фармацевтическая деятельность

Способности – это индивидуальные особенности людей, от которых зависит приобретение ими знаний, умений и навыков, а также успешность выполнения различных видов деятельности.

Способности проявляются не в самих знаниях и умениях и навыках, а в динамике их приобретения, в том, насколько быстро и легко человек осваивает конкретную деятельность.

От способностей зависит не только качественное выполнение деятельности, ее успешность и уровни достижений, но также и то, как эта деятельность выполняется (стиль деятельности).

К общим свойствам, определяющим успешность любой профессиональной деятельности, а значит и способности к ней, можно отнести:

- 1) активное положительное отношение к профессиональной деятельности, склонность заниматься ею, переходящая на высоком уровне развития в страстную увлеченность;
- 2) ряд характерологических черт, прежде всего, трудолюбие, организованность, самостоятельность, целеустремленность, настойчивость, а также устойчивые интеллектуальные чувства;
- 3) наличие во время деятельности благоприятных для ее выполнения психических состояний;
- 4) определенный фонд знаний, умений и навыков в соответствующей области.

К специальным свойствам относятся индивидуально-психологические особенности в сенсорной и умственной сферах, отвечающие требованиям данной деятельности (В.А. Крутецкий).

Применительно к фармацевтической деятельности специальными свойствами могут являться:

- низкие пороги чувствительности основных анализаторных систем (зрительной, обонятельной, вкусовой);
- склонность к анализу, синтезу, систематизации, классификации.

2.5. Локус контроля

Локус контроля – качество, характеризующее склонность человека приписывать ответственность за результаты своей деятельности внешним силам (экстернальный, внешний локус контроля) или же собственным способностям и усилиям (интернальный, внутренний локус контроля).

Люди, обладающие *внутренним локусом контроля*, более самостоятельны и ответственны; они проявляют большую уверенность в себе, настойчивость в достижении целей, независимость в суждениях и поступках.

Людям с *внешним локусом контроля* более свойственна неуравновешенность в своих силах, тенденция пустить дела на самотек, несамостоятельность, зависимость. Им часто свойственна большая неуравновешенность и более высокий уровень тревожности.

Внутренний локус контроля может способствовать успеху профессиональной деятельности провизора.

2.6. Контроль над эмоциями

У ребенка поведения большей частью управляется эмоциями.

Взрослый стремится учесть требования реальности того, что зовется здравым смыслом. Он менее эмоционален, чем ребенок, хотя круг факторов, способных вызвать эмоции шире.

У большинства людей способность к контролю над эмоциями проявляется лишь в том, что эмоции, не выплескиваются вовне и так же, как и в детстве, остаются силой, которая управляет поведением человека.

Помочь человеку может не просто умение сдерживаться, а способность понимать свои эмоции, их происхождение, механизм их действия. Развитие такой способности связано с развитием самосознания (Я-концепции) и рефлексии (самоанализа).

Умение контролировать свои эмоции – важное качество успешного провизора.

2.7. Автономия личности

Автономия – способность принятия сознательного решения в отношении себя, несмотря на наследственность и окружающее влияние, владение собой, определение собственной судьбы, принятие ответственности за свои действия и чувства, свобода выбора способа поведения, уместного в данной ситуации.

Часто люди испытывают иллюзию автономии, полагая, что действуют в согласии с собственными решениями. На самом деле они находятся в плену у общественного мнения, родительских предписаний или неосознанных чувств (чувства протеста, которое заставляет человека поступать прямо противоположно предписаниям).

В этом замечательном провизор, как личность, должен стремиться достичь уровня мастерства

3. Психологическая готовность провизора к взаимодействию с клиентом

Особенности развития нашего общества, развитие науки и техники, бурное развитие фармации (новые технологии изготовления лекарств, тесная связь фармацевтического и лечебно-диагностического процессов) создают новую ситуацию, в которой *возрастает роль человеческого фактора в процессе взаимодействия с клиентами* [5].

Повседневная жизнь и практика выдвигают на первый план значение личности провизора и взаимоотношений провизора и клиента. Поэтому проблема оптимизации процессов психологического взаимодействия в диадах «провизор – клиент», «провизор – провизор», «провизор – врач», а, следовательно, и реализация *комплексной программы социально-психологической подготовки провизора* является одной из актуальных и социальных, и психологических проблем современности.

Этот вопрос обсуждался на VI Российском национальном конгрессе «Человек и лекарство» (1999), где особое внимание уделялось вопросам, касающимся построения отношений между «пациентом-посетителем и провизором-фармацевтом, пациентом-посетителем и аптечным учреждением, возникающих при предоставлении фармацевтической услуги.

В настоящее время необходима разработка алгоритмов отношений между «пациентом-посетителем и провизором-фармацевтом, пациентом-посетителем и аптечным учреждением с учетом этических, психологических и других аспектов».

В связи с этим совершенствуются содержание, формы и методы профессиональной подготовки провизоров, направленные на актуализацию психологических аспектов его деятельности.

Важность этой проблемы обусловлена, прежде всего, следующими *особенностями фармацевтической деятельности*:

- 1) выполнением провизором функций врача-парапрофессионала;
- 2) взаимодействием с лечебно-диагностическим процессом в целях сохранения здоровья, улучшения лечения или профилактики заболевания;
- 3) признанием фармацевтом права личности на свободу выбора лечения и соблюдение конфиденциальности информации о клиенте («Этический кодекс фармацевта»);
- 4) умением устанавливать психологический контакт в профессиональном взаимодействии с клиентом, что определяет, прежде все-

го, возможность естественного общения и является важным условием продуктивного сотрудничества;

5) соблюдением этических норм при выполнении информационной и рекламной деятельности в сфере обращения лекарственных средств (Е.А. Долгова, Н.Б. Дремова).

Анализ современных психологических исследований позволяет утверждать, что эффективность профессионального становления личности специалиста обусловлена психологической готовностью к профессиональной деятельности.

Психологическая готовность – это доведенная до оптимального уровня его психологическая подготовленность, обеспечивающая наиболее эффективное выполнение конкретных задач в учебном или трудовом процессе.

Психологическая подготовка – это активизация профессиональных важных качеств необходимых для обучения и деятельности в этой профессии, общих и специальных способностей и умения пользоваться ими в определенных условиях.

Существуют наиболее *общие компоненты психологической готовности* для большинства специальностей:

- направленность на конкретную профессию, потребности и интересы, система целей, установок и мотивов, мировоззрения, взгляды, убеждения, идеалы, моральные качества;
- знания, навыки и умения, необходимые для будущей профессии;
- уровень развития профессионально важных психических процессов;
- эмоционально-волевая устойчивость для профессий относящихся к системе «человек-человек».

С учетом особенностей профессиональной деятельности провизора важным компонентом его психологической готовности является направленность личности на общение и взаимодействие с клиентом, что обуславливает успешность профессиональной деятельности провизора.

Направленность является одной из важнейших характеристик человека, это устойчивая система интересов, убеждений, идеалов и т.д., что в конечном итоге определяет выбор профессии, способ достижения успеха.

Направленность выступает в качестве ориентира деятельности личности и является относительно независимой от конкретной ситуации.

В настоящее время система общей подготовки будущих провизоров должна включать этико-психологическую подготовку, развивающую в личности направленности на общение.

4. Управление поведением покупателей

Приступая к работе, провизор (фармацевт) должен иметь совершенно четкое представление о своей целевой аудитории. Выявив целевую аудиторию, провизор (фармацевт) ожидает ответную реакцию в виде совершения покупки. Однако покупка – это результат длительного процесса принятия решения о ней.

I. Провизор (фармацевт) должен знать, в каком состоянии находится в данный момент его целевая аудитория.

Целевая аудитория может находиться в любом из *шести состояний покупательской готовности*:

- 1) осведомленность;
- 2) знание;
- 3) благорасположение;
- 4) предпочтение;
- 5) убежденность;
- 6) совершение покупки.

II. Далее, определив ответную реакцию, провизор (фармацевт) приступает к *разработке эффективного обращения* по так называемой формуле «AIDA»:

- привлекает внимание (A);
- удерживает интерес (I);
- возбуждает желание (D);
- обеспечивает действие (A).

Для этого существуют *три типа притягательных мотивов*:

- 1) *рациональные мотивы* – соотносятся с личной выгодой целевой аудитории;
- 2) *эмоциональные мотивы* – пробуждение негативных или позитивных чувств, которые послужат обоснованием для совершения покупки;
- 3) *нравственные мотивы*.

III. В последующем, воздействие обращения на целевую аудиторию зависит от того, *как эта аудитория воспринимает работника аптеки* (или на какие его качества покупатели обращают больше всего внимания). Прежде всего, оценивают:

- профессионализм;
- добросовестность;
- привлекательность.

IV. Следующий этап – это *специфические приемы коммерции и проблема личных продаж*.

В принципе, не существует магической комбинации черт, безошибочно указывающей на торговое дарование человека, хотя на основе некоторых персонифицированных особенностей можно с опре-

деленной долей уверенности прогнозировать успех в торговой деятельности.

Это как минимум два основных качества: *чувство эмпатии*, то есть способность проникнуться чувствами клиента и *самолюбивая целеустремленность* в сочетании с мощной личной потребностью в совершении акта продаж.

В любом случае обучение основам искусства продаж направлено на превращение провизора (фармацевта) из пассивного приемщика заказов в их активного добытчика.

Провизор (фармацевт), принимающий заказы, должен исходить из следующих предпосылок:

- 1) потребитель знает собственные нужды;
- 2) он воспротивится любой попытке оказать на него влияние;
- 3) он предпочтет иметь дело с вежливым и ненавязчивым работником аптеки.

Провизора (фармацевта), работающего с клиентами (посетителями аптек) учат одному из двух основных подходов – ориентации на сбыт или соответственно ориентации на клиента.

1. В рамках первого подхода продавца обучают приемам и методам *сбыта под интенсивным давлением*. (например, продажа не очень необходимых предметов). Среди этих приемов – преувеличение достоинства товара, критика товара конкурентов, заранее отработанная презентация и т.п. Такая форма сбыта строится на предположении, что потребитель вряд ли совершит покупку, кроме как под нажимом. Поэтому самое главное здесь – это всучить товар, а будет ли клиент сожалеть о покупке, то это уже не имеет значения.

2. Второй подход имеет целью научить продавца быть *помощником в решении проблем, стоящих перед клиентом*. Его учат, как выявлять нужды клиентов и предлагать эффективные способы их удовлетворения. Данный подход исходит из предпосылок, что:

- 1) у потребителя есть скрытые нужды;
- 2) потребитель ценит дельное и интересное предложение;
- 3) потребитель будет верен продавцу (т. е. сделает покупку сейчас и останется клиентом и в последующем), который близко к сердцу принимает его интересы.

Литература

1. Бернс Р. Развитие Я-концепции и воспитание / Пер. с англ. Общ. ред. В.Я. Пилиповского. – М.: Прогресс, 1986. – 429 с.
2. Божович Л.И. Проблемы формирования личности / Под ред. Д.И. Фельдштейна. – М.: Изд-во «Институт практической психологии», 1995. – 352 с.

3. Введение в психологию / Под ред. А.В. Петровского. – М.: Академия, 1996. – 496 с.
4. Гройсман А.Л. Мед. клиническая психология: Лекции для врачей. – М.: Магистр, 1998. – 360 с.
5. Коноплева А.В. Проблема психологической готовности провизора к взаимодействию с клиентом // Медицинское образование XXI века: Сб. науч. тр. Мат-лы междунар. конф. / Ред. кол. А.Н. Косинец, М.А. Никольский, Н.Ю. Коневалова, Н.С. Гурина. – Витебск, 2000. – С. 482-485.
6. Общая психология: Курс лекций для первой ступени педагогического образования / Сост. Е.И. Гогов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 448 с.
7. Программа учебного курса «Медицинская этика» / Сост. В.П. Дуброва. – Минск, 1998. – 15 с.
8. Программа учебного курса «Фармацевтическая этика» / Сост. В.П. Дуброва, А.Л. Церковский. – Минск, 1999. – 16 с.
9. Столяренко Л.Д. Основы психологии. – Ростов н/Д: Изд-во «Феникс», 1996. – 736 с.
10. Творогова Н.Д. Психология. Лекции для студентов медицинских вузов. – М.: ВУНМЦ, 1998. – 376 с.
11. Швальбе Б., Швальбе Х. Личность, карьера, успех: Пер. с нем. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с.

ЛЕКЦИЯ 4

ПСИХОЛОГИЯ КЛИЕНТА (ПОСЕТИТЕЛЯ АПТЕК)

Особенности покупательского поведения клиента. Основы покупательского поведения клиента. Психологический аспект ситуации продажи. Этапы совершения покупки.

Этапы личностного реагирования клиента на свое психосоматическое состояние. Сенсологический этап. Оценочный этап. Этап отношения к болезни. Типы отношения к болезни. Факторы, влияющие на формирование типов отношения к болезни. Индивидуально-психологические особенности личности (преморбид личности). Возрастной фактор. Патологические типы отношения к болезни. Депрессивная реакция. Фобическая реакция. Истерическая реакция. Ипохондрическая реакция. Анозогнозия.

В условиях обостряющейся конкуренции в розничном сегменте фармацевтического рынка для осуществления «правильных» с маркетинговых позиций аптекных продаж для провизора уже недостаточно знаний о качестве лекарственных средств.

Принципиально важным является обучение сотрудников аптеки умению общаться и обращаться с людьми, внимательно выслушивать каждого клиента и доходчиво рассказывать о целесообразности использования его «целевых» медикаментов (С.Б. Пашутин, 2002).

От этого зависит, станет ли клиент постоянным посетителем, или уйдет в соседнюю аптеку, а в итоге – будет ли аптека процветающим или убыточным предприятием.

Понимание нужд потребителя и процесса покупки является основой успешных продаж, своего рода «маркетинговым искусством». Разобравшись с участниками процесса покупки и поняв, что конкретно оказывает влияние на их покупательское поведение, сотрудники аптеки, как непосредственные деятели рынка, смогут значительно эффективнее управлять процессом сбыта и удовлетворять при этом потребности клиента.

1. Особенности покупательского поведения клиента

1.1. Основы покупательского поведения клиента

Покупательское поведение никогда не было простым. Всегда существует множество факторов, влияющих на принятие людьми решений относительно того, что именно они будут покупать.

В основе покупательского поведения клиента лежит *идея человеческих нужд*. (Нужда – чувство недостаточности чего-либо, ощущаемой человеком).

Нужды людей многообразны и сложны. Если нужда не удовлетворена, человек чувствует себя обездоленным и несчастным. И он сделает одно из двух: либо займется поисками объекта, способного удовлетворить нужду, либо попытается заглушить ее.

Второй, по значимости, исходной идеей – является *идея человеческих потребностей*. (Потребность – нужда, принявшая специфическую форму в соответствии с культурным уровнем и личностью индивида).

Пример. Если нужда – желание выздороветь, то потребность – найти то лекарство, которое сможет обеспечить наибольшее удовлетворение за данную цену.

Это вытекает из того положения, что потребности людей практически безграничны, а ресурсы для их удовлетворения ограничены, и, следовательно, человек будет выбирать те товары, которые удовлетворяют его в наибольшей степени в рамках его финансовых возможностей.

В принципе, подобные запросы, то есть потребности, подкрепленные покупательской способностью, вычислить для конкретной целевой аудитории нетрудно, так как существуют определенные товарные предпочтения, характерные для различных типов аптечных учреждений (аптеки, аптечные супермаркеты, пункты и киоски), причем с качественной дифференцировкой по их месторасположению.

Подобная информация жизненно важна, как для отдела закупок аптечных сетей, так и для прочих аптечных учреждений, но без постоянной корректировки она может быть недостаточно надежной.

Например, ограничение платежеспособного спроса населения вынужденно смещает предпочтения при выборе медикаментов в сторону более дешевых препаратов. Кроме того, в плане потребительских предпочтений следует обратить внимание на проблему подмены понятий, когда зачастую потребности путают с нуждами.

Пример. Для лечения язвенной болезни 12-перстной кишки потребитель нуждается именно в его уникальном товаре (фамотидин), в то время как подавляющему числу больных лучше подходят антистрессорные препараты с выраженным регенеративным эффектом (даларгин).

Иными словами, когда покупатель ищет способ избавиться от мышей, то ему совсем не обязательно для этого приобретать мышеловку, пусть даже и усовершенствованную – вместо нее может быть аэрозоль, либо иной способ, принципиально отличающийся от «классического», но более удобный именно в данных конкретных условиях.

Таким образом, человеческие нужды, потребности и запросы наводят на мысль о существовании товаров для их удовлетворения (Товар – все, что сможет удовлетворить потребность или нужду и предлагается рынку). Понятие товара не ограничивается физическими объек-

тами. Товаром можно назвать все, что способно оказать услугу, то есть удовлетворить нужду. Не все товары желательны, но чем полнее соответствует товар желаниям потребителя, тем большего успеха добьется производитель, а товар будет в этом случае называться *идеальным товаром*.

1.2. Психологический аспект ситуации продажи

К основным психологическим факторам в ситуации продажи относятся *мотивация* и *восприятие*.

В любой данный момент времени человек испытывает множество разнообразных нужд. Однако большинство этих нужд оказываются недостаточно интенсивными, чтобы мотивировать человека на совершение действия (например, покупки) в данный момент времени.

Нужда достаточно высокого уровня интенсивности становится *мотивом*, то есть заставляет человека искать пути и способы ее удовлетворения (в свою очередь, удовлетворение нужды снижает испытываемую индивидом внутреннюю напряженность).

Мотивированный человек готов к действию. Характер его действия зависит от того, как он *воспринимает* ситуацию. А воспринимают (интерпретируют) одну и ту же ситуацию все люди по-разному, так как в силу избирательности восприятия у нас разные реакции на один и тот же раздражитель. Иными словами *существуют индивидуальные различия в готовности восприятия к пробам новых товаров*.

На практике большинство покупок совершается под влиянием следующих факторов: нравится – не нравится, красивая – не красивая упаковка, дорогое – дешевое средство, импортное – отечественное (Г. Р. Мелик-Еганов, 2002).

Именно эти *эмоциональные мотивы* чаще всего влияют на принятие решения, независимо от того, что мы покупаем – лекарственные средства или товары народного потребления.

Людей эмоционального типа, которые охотно выражают согласие, восприимчивы к рекламе, красивым лозунгам, быстро откликаются на нововведения, достаточно много.

Существует и другая категория людей, которые не делают покупки под влиянием эмоций. Это *люди рационального склада*. Приходя в аптеку или магазин, они заранее знают, что купят, и не уклоняются от намеченных планов. Их трудно заставить сделать что-то импульсивно.

Есть еще и *третий тип покупателя*, который не так восприимчив к рекламе, не склонен к эксперименту, но может откликнуться на правильную выкладку товара, на хороший сервис. И если ему на глаза попадется выставленный на видном месте лекарственный препарат, который он раньше покупал, качеству которого он вполне доверяет, он может импульсивно принять решение о его покупке.

Существует также своеобразная классификация покупателей по отношению к покупке новинок:

- 1) «новаторы», склонные к риску (2,5 %);
- 2) группа ранних покупателей (13,5 %).

Для этой группы «лидеров» характерно раннее, но осторожное восприятие.

Затем следуют:

3) раннее большинство (34 %) – это не лидирующая группа и по степени восприятия она, скорее всего, относится к прослойке обычных среднестатистических покупателей;

4) запоздалое большинство (34 %) – они воспринимают товар только после того, как его опробует и вынесет свой вердикт большая часть всех покупателей;

5) группа отстающих (16 %) – ярые приверженцы старых традиций, которые не воспринимают новый товар даже после положительного мнения о нем окружающих людей и проведения широкомаштабных рекламных кампаний.

Поведение покупателей или выбор индивида является результатом сложного взаимодействия целого ряда факторов.

К таковым относятся:

- факторы культурного уровня (культура, субкультура, социальное положение);
- факторы социального порядка (референтные группы, семья, роли и статусы);
- факторы личного порядка (возраст, этап жизненного цикла семьи, род занятий, экономическое положение, образ жизни, тип личности, представление о самом себе);
- факторы психологического характера (мотивация, восприятие и т. п.).

1.3. Этапы совершения покупки

На пути к принятию решения о покупке и ее совершению покупатель проходит ряд этапов.

1. Осознание проблемы

Человек ощущает разницу между своим реальным и желаемым состоянием. И когда нужда возрастает до порогового уровня, она превращается в побуждение.

2. Поиск информации

Личные источники – семья, друзья, соседи, знакомые.

Коммерческие источники – реклама, сами продавцы, выставки и т. п.

Эмпирические источники – самостоятельный, опытным путем, поиск информации.

3. Оценка вариантов

Использование полученной информации потребителем с целью произвести окончательный выбор.

4. Решение о покупке.

Оценка вариантов формирует у потребителя намерение совершить покупку наиболее предпочтительного ему товара (причем на данное намерение влияет как отношение других людей к этому, так и непредвиденные факторы).

5. Реакция на покупку.

После совершения покупки, потребитель будет либо удовлетворен, либо неудовлетворен своим «приобретением». Так, если товар соответствует ожиданиям – то потребитель будет удовлетворен, если не соответствует – то разочарован.

Отсюда следует, что продавец должен выступать с такими утверждениями в пользу товара, которые достоверно отражали бы его вероятные эксплуатационные свойства. Иногда эти свойства можно и занизить, чтобы потребитель смог получить от товара удовлетворение выше ожидаемого.

2. Этапы личностного реагирования клиента на свое психосоматическое состояние

В основе изучения психологии клиента должен лежать социопсихосоматический (холистический, целостный) подход к больному человеку, который предполагает понимание болезни как результата взаимообуславливающих влияний телесных (соматических), психических и социальных факторов [7, 8, 9].

Очевидно, что успех фармацевтической помощи зависит не только от предлагаемой клиенту терапии, но и от характера его отношения к своему состоянию здоровья и болезни.

Любой заболевший человек вынужден отвечать на вопросы о том:

1) как называется его болезнь и в какой мере ее течение зависит от его организма;

2) чем вызвана эта болезнь, что ее поддерживает, способствует усилению или ослаблению симптомов; как она связана с возрастом, с образом жизни и с обычными привычками больного, с погодой, с человеческими отношениями и окружающей средой, с характером мышления и чувств больного;

3) как болезнь будет протекать, к чему готовиться, к какому врачу обратиться и как с ним сотрудничать, чтобы себе помочь, каковы будут прогнозы;

4) как правильно следует жить в связи с лечением и протеканием этой болезни [5].

Изучение личностных реакций человека на свое психосоматическое состояние подразумевает рассмотрение психологической составляющей болезни, так и его здоровья.

Здоровье – это состояние нашего физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов (ВОЗ, 1968).

В случае возникновения психосоматических заболеваний нарушается не только деятельность систем и органов человеческого организма, но и меняется самосознание человека.

Самосознание, находясь в неразрывной связи с интенсивностью раздражений как интерорецепторов, так и экстерорецепторов, формирует представление о физическом состоянии, которое сопровождается своеобразным эмоциональным фоном [2].

2.1. Сенсологический этап

При рассмотрении психологического аспекта заболевания и формирования личностных реакций на болезнь необходимо, прежде всего, выделить сенсологический этап.

На этом этапе возникают неясные неприятные ощущения различной степени выраженности с неопределенной локализацией. Являясь ранними симптомами угрозы заболевания, они вызывают состояние, обозначаемое как **дискомфорт**.

Кроме неопределенных диффузных субъективных ощущений дискомфорта, возможен локальный дискомфорт, например, в области сердца, желудке, печени и т.д. Дискомфорт – ранний психологический признак морфофункциональных изменений. Он может перерасти в болевые ощущения.

Боль может иметь положительное и отрицательное значение. В положительном смысле боль рассматривается как важный и действенный сигнал опасности для организма (хирурги при «остром животе» не снимают боль до окончания обследования).

Негативный аспект боли заключается в следующем:

1) *отсутствие сигнальной функции в ряде случаев затрудняет диагностику (прогрессирующий туберкулез легких);*

2) *несоответствие силы боли характеру заболевания (зубная боль);*

3) *возможно условнорефлекторное снижение болевой чувствительности:*

– *солдаты США менее болезненно переносили тяжелые ранения во время второй мировой войны, так как знали, что их эвакуируют с фронта;*

– *из 2-х участников драки лучше переносит боль победитель;*

– *положительно воспринимает боль мазохист, так как она является формой сексуального наслаждения;*

– *благодаря тренировке боксер легче воспринимает боль.*

Таким образом, боль, являясь информацией о нарушении деятельности органов и систем, подвергаясь переработке в сознании, мо-

жет лечь в основу оценки больным своего психосоматического страдания.

Боль может оцениваться не только как симптом заболевания, но и как угроза для жизнедеятельности (изменения положения в семье, в профессиональной деятельности и т.д.).

Можно выделить три уровня проявления боли:

1) *Уровень физиологических чувств* (расширение зрачков, побледнение лица, холодный пот, тахикардия, повышение артериального давления).

2) *Эмоционально-мотивационный уровень* (страх, желания, стремления).

3) *Когнитивный уровень* (рациональное, рассудочное отношение к боли и оценка ее роли в своей жизни).

Кроме дискомфорта, болевых ощущений на первом этапе возможно также возникновение *нарушений в биосоциальной адаптации* (снижение творческой активности, ослабление побудительных мотивов к деятельности и т.д.). Возникает ощущение стесненной свободы, ограничения своих прежних возможностей, чувство собственной неполноценности.

Таким образом, сенсологический этап включает в себя следующие компоненты:

1) *дискомфортный компонент* (ощущение дискомфорта);

2) *алгический компонент* (переживание боли);

3) *дефицитарный компонент* (переживания чувств собственной неполноценности, ограничение своих возможностей).

2.2. Оценочный этап

Этот этап является результатом интрапсихологической переработки сенсологических данных.

Именно на этом этапе складывается *«внутренняя картина болезни»*. Это понятие является важным в медицинской психологии, так как объективная картина болезни и внутренняя картина ее, как она воспринимается больным, отличаются.

Страх и беспокойство по поводу болезни, которая не представляет опасности с одной стороны и оптимизм и уверенность больного на наиболее опасной стадии инфаркта миокарда или эйфория, предшествующая смерти, говорят об этом.

Поэтому врачу (провизору в роли врача-парапрофессионала) нужно уметь соразмерять и согласовывать внутреннюю картину болезни с объективным состоянием пациента (клиента).

Внутренняя картина болезни – внутренний мир больного все, что испытывает и переживает больной, его представления и ощущения о болезни и ее причинах [1, 3, 6].

Оценочный этап имеет следующую структуру:

- 1) витальный компонент (биологический уровень);
- 2) общественно-профессиональный компонент;
- 3) этический компонент;
- 4) эстетический компонент;
- 5) компонент, связанный с интимной жизнью.

Основными элементами внутренней картины болезни являются:

- ощущения больного, восприятие и переживание симптомов, то есть защитных действий собственного организма;
- эмоции, связанные с болезнью: страх, боль, тревога, депрессия, эйфория, органические ощущения;
- понимание происхождения и причин болезни, то есть концепция болезни;
- прогноз ее дальнейшего развития и надежды на выздоровление;
- схема тела и ее нарушение.

На внутреннюю картину болезни, которая преломляется в каждом случае по-своему и приобретает индивидуальную окраску, оказывают влияние ряд факторов.

1. *Преморбидные особенности личности* (какой она была до заболевания):

- возраст;
- степень общей чувствительности к боли, факторам внешней среды (шуму, запахам);
- характер эмоциональной реактивности (эмоциональные больные более подвержены страху, жалости и в большей степени колеблются между безнадёжностью и оптимизмом);
- характер и шкала ценностей (отношение к здоровью, комфорту, успеху, а также уровень ответственности перед собой, семьей, коллективом, обществом);
- медицинская сознательность (реальная оценка болезни и собственной ситуации).

2. *Характер болезни* (острая, хроническая, опасная или неопасная для жизни, требующая амбулаторного или стационарного лечения).

3. *Обстоятельства, в которых протекает болезнь:*

- проблемы и неуверенность, которые приносит болезнь (стоимость ЛС, степень утраты трудоспособности, возможные изменения в семейных отношениях и на работе и т. д.);
- среда, в которой развивается болезнь (дома, за рубежом, в гостях, у друзей и родственников);
- причины болезни (считает ли больной себя виновником заболевания или других: если сам виноват, то выздоравливает быстрее).

2.3. Этап отношения к болезни

На этом этапе отношения к болезни проявляются у больного в виде переживаний, высказываний, действий, а также общего рисунка

поведения, связанного с заболеванием. Основным критерием этапа является признание или отрицание болезни.

3. Типы отношения к болезни

Соматозогнозия – отношение к болезни, формирующееся на этапах личностного реагирования человека на свое болезненное состояние.

1. **Нормосоматозогнозия** – адекватная оценка больным своего состояния и перспектив выздоровления.

Оценка больным своего заболевания совпадает с оценкой врача. Отношение к лечению и лечебным процедурам – позитивное.

Варианты активности борьбы с болезнью:

1) адекватная оценка болезни и высокая активность в борьбе с заболеванием;

2) адекватная оценка в сочетании с пассивностью и неспособностью к преодолению отрицательных переживаний.

2. **Гиперсоматозогнозия** – переоценка значимости, как отдельных симптомов, так и болезни в целом.

Варианты:

1) тревога, паника, тревожность, повышенное внимание к болезни. Большая активность в плане обследования и лечения. Перебор врачей и медикаментов. Гипертрофированный интерес к медицинской литературе;

2) снижение настроения: апатичность, монотонность. Пессимистический прогноз на будущее, скрупулезное выполнение всех требований врача.

3. **Гипосоматозогнозия** – недооценка больным тяжести и серьезности болезни в целом и ее отдельных признаков.

Варианты:

1) снижение активности, внешнее отсутствие интереса к обследованию и лечению. Необоснованно благоприятный прогноз на будущее, преуменьшение опасности. Более глубокий анализ обнаруживает правильную оценку своего здоровья. Соблюдение режима, выполнение рекомендаций врача. При хроническом течении заболевания приывают к болезни, лечатся нерегулярно;

2) нежелание обращаться к врачу. Негативное отношение к лечебному процессу. Тип психологической защиты – отрицание болезни.

4. **Диссоматозогнозия** – отрицание наличия болезни и симптомов. Полное непризнание болезни.

Варианты:

1) непризнание болезни при слабой выраженности симптомов (онкологические заболевания, туберкулез и т.д.). Умышленное сокрытие заболевания (например, сифилиса);

2) вытеснение из сознания мыслей о болезни, особенно при прогнозируемом неблагоприятном исходе.

Существуют и другие классификации отношения к болезни.

Аггравация – преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб. Иногда (наряду с сознательной) она может быть обусловлена страхом, недоверием, чувством одиночества и безнадёжности.

Симуляция – притворство, при помощи которого пациент стремится создать впечатление о наличии болезни и ее признаков. К ней прибегают либо люди с определенными психическими ограничениями и отклонениями от психической нормы (умственно отсталые, истерические личности), либо очень опытные и безответственные люди (преступники, юноши-призывники).

Диссимуляция – скрывание болезни и ее признаков. Она может быть:

- при психотических расстройствах (как результат отсутствия критического отношения к себе психически больного);

- при заболевании туберкулезом (выгодно дольше находится в санатории);

- при заболевании сифилисом (не выгодно для пациента в связи с извещением о заболевании, выявлении очага инфекции);

- при хирургических заболеваниях (боязнь операции).

4. Факторы, влияющие на формирование типов отношения к болезни

Индивидуально-психологические особенности личности (преморбид личности).

Нормосоматозогнозия формируется у сильных, уравновешенных людей.

Для людей с *гиперсоматозогнозией* характерны такие преморбидные особенности личности, как ригидность, застревание на переживаниях, тревожность, мнительность.

Люди с *первым вариантом гипосоматозогнозии* отличаются поверхностностью суждений, легкомыслием. При *втором варианте* – среди преморбидных особенностей выделяется целенаправленность, «гиперсоциальность».

Возрастной фактор.

При всех формах соматозогнозии следует учитывать возрастной фактор.

В *молодом возрасте* отмечается недооценка тяжести заболевания, а в случаях, затрагивающих эстетические и интимные аспекты личностных реакций – переоценка тяжести.

В *зрелом возрасте* характерна чаще всего диссоматонозогнозия.

В *пожилом возрасте*, в связи с недооценкой сил и возможностей организма отмечается склонность к гиперсоматонозогнозии. Гиперсоматонозогнозия в этом возрасте связана со снижением общей реактивности.

Патологические типы отношения к болезни.

В основе патологической реакции на болезнь следующие причины:

- реакция не соответствует силе, продолжительности и значимости раздражителя;
- невозможность коррекции представлений, суждений, а также поведения больного.

Продолжительность патологических реакций: от нескольких часов до нескольких недель. При хроническом течении болезни возможно перерастание патологической реакции в патохарактерологическое развитие личности.

Депрессивная реакция. Она включает в себя:

- 1) тревожно-депрессивный синдром, который возникает, как правило, на начальной стадии заболевания. Для него характерно сочетание пониженного настроения и мыслительной деятельности с двигательной активностью, суицидальными попытками.
- 2) Астено-депрессивный синдром, который возникает на стадии разгара или исхода заболевания. Для этого синдрома характерна: сниженность фона настроения, угнетенность, растерянность, замедленная моторика.

Фобическая реакция. Фобическая реакция характеризуется наличием навязчивых страхов. В течение приступа страха переживаемая опасность воспринимается как вполне реальная. Вне острых приступов фобий критичность восстанавливается.

Фобическая реакция имеет определенную динамику:

- появление навязчивых страхов под воздействием реального травмирующего раздражителя (гипсофобия – боязнь высоты, возникающая на балконе);
- возникает не только в травмирующей ситуации, но и при ожидании воздействия травмирующего раздражителя (боязнь высоты, возникающая в комнате, ведущей на балкон);
- появление фобий в объективно безопасной ситуации (на улице, в подъезде).

Истерическая реакция. Истерическая реакция характеризуется:

- * резкой сменой настроения;
- * демонстративностью;

- * театральностью;
- * склонностью к актам самоповреждения в состоянии аффекта;
- * утрированностью жалоб.

К истерическим реакциям можно отнести такие псевдосоматические расстройства, как психогенные боли (псевдоревматические, фантомные, абдоминальные), психогенное удушье

Ипохондрическая реакция. При этой реакции у больного упорно держатся мысли, что он болен другим, более серьезным заболеванием даже вопреки объективной ситуации выздоровления.

При малейшем недомогании больные начинают думать об опасности для здоровья и жизни. К ипохондрической реакции можно отнести психогенное удушье, психогенную тошноту и рвоту.

Анозогнозия. Анозогнозия – отрицание болезни, связанное не с личностными особенностями больного, а с характером заболевания. Она возникает в случае опасных для жизни заболеваний (рак, туберкулез и т.д.). Больной не осознает факт болезни и потому ее отрицает. Иногда придается значение малейшим соматическим нарушениям, и не замечаются симптомы другого очень опасного заболевания.

Литература

1. Гройсман А.Л. Медицинская психология: Лекции для врачей. – М.: Магистр, 1998. – 360 с.
2. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – М.: Медицина, 1980. – 184 с.
3. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага: Авиценум, 1983. – 405 с.
4. Матвеев В.Ф. Основы медицинской психологии, этики и деонтологии: Учебн. пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Медицина, 1989. – 174 с.
5. Орлов А.Н. Исцеление словом. – Красноярск: КГУ, 1989. – 512 с.
6. Практикум по психологии. Общая и социальная психология / Под ред. Р.Д. Твороговой. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 1997. – 374 с.
7. Программы общих курсов, спецкурсов и практикумов подготовки дипломированных психологов по специализации: «Клиническая психология» / Под ред. Ю.Ф. Полякова, Е.Д. Хомской, И.М. Кадырова. – М.: Ин-т психологии РАН, 1996. – 193 с.
8. Программа учебного курса «Медицинская этика» / Сост. В.П. Дуброва. – Минск, 1998. – 15 с.
9. Программа учебного курса «Фармацевтическая этика» / Сост. В.П. Дуброва, А.Л. Церковский. – Минск, 1999. – 16 с.

ЛЕКЦИЯ 5

ЭТИКА КОММУНИКАТИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ С КЛИЕНТОМ

Принципы сотрудничества провизора с клиентом. Принцип уважения личности клиента, его свободы и независимости, чести и достоинства – одна из главных нравственных задач провизора. Принципы фармацевтического сотрудничества. Принцип достижения взаимного согласия. Принцип достижения взаимного доверия. Принцип взаимной ответственности. Психотерапевтическое воздействие личности провизора на клиента. Провизор (фармацевт) и речевая психотерапия. Основы психотерапевтического воздействия личности провизора на клиента. Психология болеющего провизора.

1. Принципы сотрудничества провизора с клиентом

Процесс сотрудничества провизора с клиентом необходимо рассматривать как их совместную работу, направленную на успешное разрешение имеющихся у клиента проблем.

Установление контакта с клиентом требует от провизора определенных умений. При всем разнообразии технических приемов установления контакта неизменными являются главные принципы, без соблюдения которых нельзя рассчитывать на успех.

1.1. Принцип уважения личности клиента, его свободы и независимости, чести и достоинства – основа общения в диаде «провизор – клиент»

В основе уважительного отношения к человеку лежит древнейшее и общепризнанное «золотое» правило нравственности, представленное в Евангелие от Матфея и гласящее: *«... во всем, как хотите, чтобы с Вами поступали люди, так поступайте и Вы с ними...»*.

В рассматриваемом нами аспекте данное правило требует от любого, кто участвует в оказании фармацевтической (медицинской) помощи постановки, перед собой *вопросов*:

1. Хотел бы он сам, чтобы по отношению к нему практиковалось игнорирование его человеческих прав, желаний, склонностей и симпатий?

2. Захотел бы он сам во всем подчиняться другому человеку, хотя бы и считающему, что он действует из лучших, по его мнению, побуждений?

Практически любое заболевание сопровождается тем, что у больного ослабевает или утрачивается способность самому защитить свою свободу, честь, достоинство и гражданские права (дефицитарный компонент сенсологического этапа формирования отношения человека к болезни).

Помочь ему в этом — одна из главных нравственных задач специалиста (провизора, врача).

Право клиента на свободу и независимость его личности, на уважительное и гуманное отношение к своей значимости должно быть поставлено на первое место. [2, 3, 10]

Признание приоритетности принципов гуманности и соблюдение прав человека требует от провизора осознания своего отношения к клиенту (пациенту, больному) и работы по воспитанию в себе терпимости к поведению клиента (если, конечно, оно не представляет опасности), уважения его права на самоопределение и самовыражение.

В основе унижения достоинства клиента (пациента) лежат:

- дефицит внимания и уважения к нему;
- игнорирование мнения, жалоб и просьб клиента;
- уклонение от обсуждения с ним проблем здоровья и лечения;
- не санкционированное самим клиентом вмешательство в его личную жизнь.

Унижение провизором человеческого достоинства клиента (пациента, больного), негуманное немилосердное отношение к нему являются грубейшими нарушениями профессиональной этики.

Провизор должен оказывать помощь клиенту по принципу «наименее ограничительной альтернативы», то есть в условиях наименьшего стеснения их свободы, когда выбор вида помощи (выбор лекарства) определяется тем, насколько минимально эта помощь ограничивает свободы и права клиента и не существует ли возможность получить такую помощь в наименее ограничительных условиях.

Реализация этого принципа предполагает учет предпочтений клиента при выборе ЛС, получение им информированного согласия [2, 3]

При возникновении конфликтов интересов провизор должен отдавать предпочтение интересам клиента, если только их реализация не причинит (пациенту) клиенту серьезного ущерба и не будет угрожать правам других лиц.

Провизор в таких случаях должен придерживаться старого этического правила врачей «*Salus aegroti – suprema lex*» («Благо больного – высший закон»).

1.2. Принципы фармацевтического сотрудничества

Фармацевтическое сотрудничество означает совместную работу провизора и клиента, направленную на решение проблем клиента, побуждавших его прийти в аптеку.

В обыденных условиях формы эмоционального контакта с окружающими люди выбирают сами, руководствуясь своими чувствами, настроением, симпатиями или антипатиями к тем, с кем их сталкивает жизнь [1, 7].

В отношении к клиенту провизор уже не волен опираться на свои чувства к нему. Каким бы ни было личное самочувствие провизора, его расположение духа, приязнь или неприязнь к тому, кто оказался его клиентом, необходимо создавать атмосферу доверия, доброты, спокойствия, уверенности в поддержке и в помощи. Это и нравственный и профессиональный долг провизора.

Принцип достижения взаимного согласия.

Взаимное согласие предполагает:

- 1) определенную работу по убеждению клиента в полезности и целесообразности приема определенного ЛС;
- 2) максимально возможную и допустимую информированность клиента о возможных механизмах действия препаратов безрецептурного отпуска;
- 3) готовность провизора к компромиссам в пределах, не наносящих ущерба клиенту;
- 4) научение клиента способам контроля над эффективностью используемого им ЛС.

Принцип достижения взаимного доверия.

Важность доверия клиента к провизору является очевидной. *Основной доверия, несомненно, являются:*

- 1) уровень профессиональной компетентности провизора, его профессиональные знания и опыт;
- 2) равнодушие к проблемам клиента, искреннее желание разобраться в них и стремление оказать ему помощь;
- 3) правдивость провизора. Необходимо поэтому тщательно взвешивать каждое слово, сказанное клиенту, с тем, чтобы она не нанесло ему вреда и, с другой стороны, не позволило клиенту даже в малом уличить провизора во лжи;
- 4) доверие провизора к клиенту. Это двусторонний процесс. Чрезмерная настороженность, опасливость или скептицизм по отношению к клиенту способны разрушить складывающийся терапевтический контакт.

Принцип взаимной ответственности.

Ответственность – необходимость отвечать за свои действия и поступки, быть ответственным за них;

– дать собеседнику (или получить от него) ответ на просьбу, заботу, внимание, доверие (Эрих Фромм).

В отношениях провизора с клиентом взаимная ответственность предполагает активный ответ, отзыв каждого в процессе взаимного общения.

Со стороны провизора – это ответ на просьбу о помощи.

Со стороны клиента – ответ на проявленную заботу и выражение готовности выполнять, соблюдать терапевтические предписания по пользованию ЛС.

2. Психотерапевтическое воздействие личности провизора на клиента

2.1. Провизор (фармацевт) и речевая психотерапия

Фармацевтическая деятельность в качестве необходимой составляющей должна включать и речевую психотерапию. Это объясняется тем, что слово, как и любой другой условный раздражитель, трансформируясь в сознании людей, вызывает вполне определенные реакции, которые могут тормозить или стимулировать работу физиологических систем.

Внушая больным уверенность в выздоровлении (провизор в роли врача-парапрофессионала), провизор:

- 1) устраняет психические наслонения, связанные с заболеванием;
- 2) выравнивают нервно-энергетический баланс;
- 3) создают благоприятные условия для проведения дальнейших лечебных мероприятий.

В этой связи воздействие на психику больных словом является обязательным профессиональным долгом не только медицинского, но и фармацевтического работника.

Фармацевты, как и врачи, принимают непосредственное участие в лечебном процессе, обеспечивая больных медикаментами.

Разъясняя порядок приема и способы хранения лекарств в домашних условиях, работники аптек помогают больным формировать их отношение к лечебному процессу, к медикаментам.

Одобряя больных надеждой на скорое выздоровление, которое наступит от правильного и своевременного приема лекарств, фармацевты стимулируют естественные функции физиологических систем и усиливают фармакологическое действие лекарств.

Успех речевого воздействия на психику больных во многом зависит от смыслового содержания слова, от того, с какой интонацией оно произносится, каким жестом или мимикой сопровождается.

Иногда интонацией голоса можно придать слову новый, травмирующий психику смысл. Поэтому словом нужно пользоваться умело, так, чтобы оно подкрепляло ранее созданные положительные эмоции [7, 8, 9].

Особенности труда работников аптек настоятельно требуют прочных знаний и профессиональных навыков в *использовании слова как физиологического и лечебного фактора*.

В аптеки обращаются различные по состоянию здоровья, возрасту и интеллекту люди, но одинаково убежденные в том, что аптеки являются одним из наиболее доступных медицинских учреждений, в обязанности которых входит внимательное и чуткое отношение к ним.

Когда люди становятся объектом внимания других людей, поведение окружающих для них безразлично. Испытывая на себе взгля-

ды присутствующих, посетитель старается определить их отношение к себе. Сочувственные, доброжелательные взгляды радуют его, высокомерные и даже безразличные огорчают.

Больные, на психику которых действуют внешние или внутренние раздражители, значительно тоньше и быстрее воспринимают всякого рода недоброжелательные эмоциональные проявления, безразличное отношение к людям, к делу.

Здоровые посетители, обращающиеся в аптеки за лекарствами для своих родственников или знакомых, обеспокоенные их состоянием здоровья, так же как и больные, весьма активно реагируют на подобные проявления.

Особую группу составляют лица *пожилого возраста*. Сознание утраченного здоровья и непреодолимое желание сохранить его вызывают болезненные реакции на всякого рода внешние проявления недоброжелательности, безразличия.

Недостаток такта в отношении людей всех категорий независимо от их физического состояния обычно вызывает чувство неудовлетворенности, обиды, страха и другие переживания, которые закрепляют уже имеющиеся патологические сдвиги в организме или способствуют образованию новых динамических структур, оставляющих глубокий след.

По мнению Н.Н. Акимова *«Любезное отношение к окружающим не нарушает личного бюджета и не вызывает дополнительных расходов. Научившись вежливо обращаться со всеми ближними, можно доставить не только им радость, но и получить от этого огромное удовольствие самому»*.

Профессиональная этика требует от провизора более внимательного и делового отношения к посетителю.

2.2. Основы психотерапевтического воздействия личности провизора на клиента

В основе психотерапевтического воздействия личности провизора на клиента лежат *типы взаимоотношений в диаде «провизор-клиент»*.

1) Первый тип основан на авторитарно-директивной позиции провизора, являющегося для клиента компетентным руководителем, занимающим активную позицию (*принцип доминирования*), а клиент является ведомой, сравнительно малоактивной личностью.

Такие взаимоотношения иногда целесообразны, ибо облегчают некоторые психотерапевтические акции провизора, например, повышение веры в «полезность» действия ЛС.

В то же время такое доминирование провизора над клиентом, которое свойственно незрелым личностям и истероидным акцентуантам,

приводят к пассивации клиента и препятствуют выработыванию активного противодействия болезненному состоянию.

2) Другой вариант взаимоотношений в системе «провизор-клиент», предпочтительный для лиц, стремящихся к максимально возможному проявлению активности, основан на так называемом «*принципе партнерства*». (М.М. Кабанов). При этой позиции провизор стремится к партнерскому взаимодействию с клиентом.

Оно основано:

- на уважении личности клиента;
- на побуждении его к активности;
- на сочувственно-сопереживательном отношении к клиенту.

Активизирующиеся при этом механизмы подражания и идентификации с провизором позволяют лучше усвоить его установки по рациональному применению ЛС.

Теоретической основой в области взаимоотношений между провизором и клиентом может служить концепция «*трансфера-контртрансфера*» З. Фрейда, которую он разработал для диады «врач – больной».

По этой концепции провизор клиенту подсознательно напоминает какую-нибудь эмоционально значимую личность из его детства, например, отца. В зависимости от того, какие впечатления и отношения когда-то преобладали при контакте с отцом, в отношении к провизору у клиента будет формироваться тенденция или отрицательная (враждебная) или положительная (чувство любви, доверия).

В противоположном направлении действует «контртрансфер».

В настоящее время это первоначальное понимание З. Фрейда считается слишком узким и искусственно созданным, но отчасти рациональным, указывающим на возможность того, что больному (клиенту, пациенту, просто человеку) некоторые элементы нашего поведения, внешнего вида или репутации могут напоминать что-то положительное или отрицательное из его прошлой жизни.

Если мы будем иметь в виду такой «груз прошлого», это может нам помочь более реально понять и справиться с ситуациями, связанными с отношениями к другим людям.

При первом контакте с клиентом следует помнить также о возможности действия «*переноса эстетического стереотипа*». Красивые люди скорее вызывают симпатию и доверие, некрасивые – скорее антипатию и неуверенность. Представление о красоте связывается с хорошими качествами, безобразие – со злом.

Несмотря на то, что это предположение необоснованно, оно подсознательно оказывает довольно сильное действие: внешне симпатичный клиент вызывает у провизора симпатию. Провизор, действующий эстетически положительно, вызывает больше доверия.

При установлении контакта с клиентом имеет значение *первое впечатление*, составленное клиентом о провизоре. На первое впечатление, составленное клиентом о провизоре, влияет ряд факторов [4].

1. *Фактор превосходства.*

Запускает схему социального восприятия в ситуации неравенства партнеров (точнее, когда наблюдатель ощущает превосходство партнера по какому-то важному для него параметру – уму, росту, материальному положению или какому-либо другому).

Суть происходящего заключается в том, что человек, который превосходит наблюдателя по важному параметру, оценивается им гораздо выше и по остальным значимым параметрам. Иначе говоря, происходит его общая личностная переоценка. При этом, чем неувереннее чувствует себя наблюдатель в данный момент, в данной конкретной ситуации, тем меньше нужно усилий для запуска этой схемы. Так, в экстремальной ситуации люди часто готовы доверять тем, кого не стали бы слушать в спокойной обстановке.

2. *Фактор привлекательности.*

Обеспечивает реализацию схемы, связанной с восприятием партнера как чрезвычайно привлекательного внешне. Ошибка, допускаемая в этом случае, состоит в том, что внешне привлекательного человека люди также склонны переоценивать по другим важным для них психологическим и социальным параметрам.

3. *Фактор отношения к наблюдателю.*

Регулирует включение схемы восприятия партнера, в основе которой лежит характер отношения к наблюдателю. Ошибка восприятия в этом случае состоит в том, что людей, которые хорошо к нам относятся или разделяют какие-то важные для нас идеи, мы склонны позитивно оценивать и по другим показателям.

4. *Фактор стереотипизации.*

Под социальным стереотипом понимается устойчивый образ или представление о каких-либо явлениях или людях, свойственное представителям той или иной социальной группы.

Кроме перечисленных факторов на качество фармацевтического взаимодействия оказывает влияние *общая атмосфера аптечного учреждения и поведение всех его работников.*

В начале расспроса клиента у него должно создаться впечатление, что провизор хочет ему помочь. Провизор, несмотря на то, что он торопится и может быть занят очень важной работой, обязан владеть собой до такой степени, чтобы были соблюдены все обычные нормы контакта между людьми.

Это значит, что он должен лично представиться ему, если он не знаком с клиентом. В ряде случаев подать ему руку (например, если клиент пожилого возраста). Такое поведение успокаивает клиента,

дает ему ощущение безопасности и усиливает сознание собственного достоинства.

Важное значение для завязки полезного и эффективного терапевтического отношения между провизором и клиентом имеет эмпатия.

Эмпатия (греч. *empathia* – сопереживание) – способность личности понимать переживания другой личности (в частности по мимике) и сопереживать их в процессе межличностных отношений; обязательный компонент коммуникативных способностей и полноценного общения, в процессе которого эмпатия развивается.

Эмпатию следует отличать от *симпатии*, т.е. положительного эмоционального отношения. Эмпатия в сущности, процесс эмоционально нейтральный, ее можно применять с социальной пользой (помочь клиенту).

Одной из предпосылок для развития положительных взаимоотношений в диаде «провизор – клиент» является предоставление клиенту *«психической вентиляции»* – возможности свободного непрерываемого рассказа клиентом о своих переживаниях, проблемах, жалобах, заботах и опасениях.

И даже если провизор имеет ограниченное время для этого, он не должен показать, что очень занят. Провизор своей личностью должен «резонировать на высказывания клиента». В противном случае клиент будет проявлять недовольство тем, что им пренебрегают как личностью.

Важным условием «оптимального» общения провизора с клиентом является *доверительный характер отношений*. Провизор приобретает доверие клиента в том случае, если он как личность гармоничен, спокоен и уверен, но не надменен, и если его манера поведения – быстрая, настойчивая и решительная, сопровождающаяся человеческим участием и деликатностью.

Эти качества провизору особенно необходимы при общении с *«трудным клиентом»*. Говорливый, словоохотливый клиент (по терминологии Юнга, *экстравертный тип*) легко добивается психической вентиляции; более того, он может заинтересовать провизора своим занимательным рассказом.

Скрытый, *интровертный тип* испытывает большую необходимость в психической вентиляции, чем экстравертный, так как в результате несмелости, стыда или преувеличенной скромности скрывает свои проблемы, жалобы, а иногда и симптомы заболевания. Дополнительной сложностью для провизора может стать в данной ситуации согласование требований минимальной психической вентиляции клиента со временем провизора.

Неблагоприятно может складываться общение провизора с *капризными, агрессивными и «занудливыми»* клиентами. В таких случаях провизору не остается ничего другого, как вести себя сдержанно,

терпеливо, не поддаваться на провокации, не провоцировать самому и стараться спокойствием и пониманием постепенно завоевать доверие клиента.

Таким образом, провизор создает свой *«коррективный опыт»*, т.е. отрицательные проявления клиента корректирует при помощи собственных положительных проявлений, например терпеливостью, тактом и толерантностью.

В случае стереотипной, нередко стихийной, «естественной» реакции – злобой на злобу, иронией на иронию, беспомощностью на беспомощность, депрессией на депрессию – может усиливаться порочное проблематичное отношение клиента и возрастать возможность конфликтов и недоразумений.

Такое поведение подходящим образом характеризует выражение: *«подливать масло в огонь»*. При этом именно такая «естественная» реакция представляет напрасную трату времени, в то время как противоположный подход, т.е. принимать клиента таким, какой он есть, экономит время провизора, хотя и требует большего самообладания и более глубокого знания взаимосвязей и значения коррективного опыта.

3. Психология болеющего провизора

Если рассматривать психологию болеющего провизора как проблему, то она еще требует своего разрешения.

С нашей точки зрения, ее необходимо рассматривать с двух сторон.

1. *Провизор как личность* со всеми своими индивидуальными (биологическими и психологическими) особенностями. Тогда диапазон личностных реакций на свое болезненное состояние будет у него включать гипертосмотонозгнозию с одной стороны и анотозгнозию (диссоматонозгнозию) – с другой, т.е. всевозможные варианты реакций личности на болезнь.

2. *Провизор как врач-паранпрофессионал, как фармацевт-профессионал.*

Тогда диапазон личностных реакций будет максимально суженным, приближающимся к нормосоматонозгнозии, т.е. адекватной оценке своего болезненного состояния. На практике все происходит гораздо сложнее [6].

1. По данным различных исследований, направленных на изучение проблемы «врач как больной», врачи недооценивают начальные признаки заболевания.

Пример. Чехов недооценил кашель с мокротой и кровью. Он совершил путешествие на Сахалин. Это привело к его преждевременной смерти в 44 года.

2. По данным американских авторов, врачи, заболевшие раком, делают первое обследование гораздо позже, чем другие больные.

3. После диагностики заболевания появляется у врачей другая крайность: переоценивание серьезности признаков заболевания «пессимистический взгляд на заболевание и его прогноз.

4. Субъективные трудности:

– врач (провизор) знает ограниченные возможности современной медицины:

– врач (провизор) считает, что как и он по отношению к (пациенту) больному, так и его коллеги тоже скрывают от него правду о действительном состоянии его здоровья (результат «проекции», как механизма психологической защиты).

Врачу (провизору) необходимо в таких случаях придерживаться принципа Н.А. Белоногова: *«Также как никто не может быть судьей при собственном процессе, также никто не может быть «своим собственным врачом».*

Литература

1. Бодалев А.А. Личность и общение. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 328 с.

2.. Губский И.Т. Этика и деонтология фармацевта // Тезисы докладов IV съезда фармацевтов Украинской ССР. – Запорожье, 1984. – С. 60-61.

3. Дорофеева Т.А., Смирнова О.Е., Эльяшевич Е.Г. Нравственный аспект работы провизоров и фармацевтов // Фармация. – 1991. – №1. – С. 52-53.

4. Квасенко А.В., Зубарев Ю.Г. Психология больного. – М.: Медицина, 1980. – 184 с.

5. Кондрашенко В.Т., Донской В.И. Общая психотерапия. – Минск, 1993. – 478 с.

6. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. – Прага: Авиценум, 1983. – 405 с.

7. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991. – 87 с.

8. Орлов А.Н. Исцеление словом, – Красноярск: КГУ, 1989. – 512 с.

9. Шмидт Р. Искусство общения: Пер. с нем. – М.: Интерэксперт, 1992. – 72 с.

10. Эльяшевич Е.Г. Фармацевту о деонтологии. – Мн.: Выш. школа, 1982. – 88 с.

11. Этика практической психиатрии: Руководство для врачей / Под ред. В.А. Тихоненко. – М.: Право и закон, 1996. – 192 с.

ЛЕКЦИЯ 6

ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОТНОШЕНИЙ В ДИАДЕ «ПРОВИЗОР-ЛЕКАРСТВО»

Гуманистическая направленность деятельности провизора. Разумное использование лекарственных средств как функция провизора. Фармакофилия и фармакофобия. Платцебо-эффект. Недопустимость фармацевтической ошибки. Постоянное пополнение знаний – фактор успешной деятельности провизора.

Этика фармацевтического бизнеса. Проблема фальсификации и недоброкачественности лекарственных средств.

1. Гуманистическая направленность деятельности провизора

Профессиональная деятельность провизора осуществляется, главным образом, в сфере общения.

Поэтому в своей работе он должен руководствоваться следующими *положениями, гуманизирующими отношения между людьми*:

- 1) все люди разные;
- 2) личность каждого человека уникальна;
- 3) потенциальные возможности человека безграничны;
- 4) отношения к людям должны быть устойчиво положительными.

Гуманизм деятельности провизора с учетом ее специфики состоит и в обеспечении безопасности, эффективности изготавливаемых лекарственных препаратов и их высокого качества [1, 2].

Библейская заповедь «во всем как хотите, чтобы другие поступали с вами, поступайте и вы с ними» для провизора-технолога, фармацевта-ассистента аптеки означает: *«делай больному лекарство так, как делал бы его себе или своему самому близкому человеку, «lege artis», т.е. по законам искусства, по всем правилам науки, мастерски.*

Распространенное выражение «как в аптеке» характеризует уверенность общества в том, что лекарства изготавливаются аккуратно, с идеальной точностью.

Профессиональный долг, моральная ответственность фармацевтов издавна определялись пониманием человеческой жизни как высшей ценности.

Аптекарский Устав 1789 года гласил:

«Аптекарь повинен иметь крайнее старание, чтобы лекарства составляемы были вещами и весом точно по предписанию врача, дабы тем отвращена была всякая погрешность, подвергающая больного здоровья и жизнь опасности, а врача доброе имя бесславию».

В дореволюционной России аптекари, как и врачи, давали факультетское обещание, составленное по образцу клятвы Гиппократова.

Факультетское обещание на степень магистра фармации (аптекаря):

«Принимая с глубокой признательностью права и преимущества, соединенные с даруемой мне ныне самой высшей фармацевтической степенью, я даю обещание в течение своей жизни ничем не помрачить честь сословия, к которому принадлежу.

Обещаю выполнять добросовестно все сопряженные с званием Аптекаря обязанности: отпускать только доброкачественные лекарства, не заменять одни другими, не делать никаких перемен ни в весе, ни в мере лекарств, врачебные средства, не веденные в таксу, отпускать по умеренной цене и по возможности облегчать бедным приобретение лекарств, продавая их ниже таксы.

Обещаю не пользоваться больных, кроме случаев, обозначенных в параграфе 35 Аптекарского Устава.

Обещаю обращаться с подчиненными мне помощниками и учениками как следует доброму и попечительному начальнику, тщательно наблюдать, чтобы они, в свою очередь, в точности и добросовестно исполняли свои обязанности.

Наконец, обещаю продолжать заниматься фармацией и химией и всеми силами способствовать совершенствованию этих наук».

Об отношении государства и общества к фармацевтической профессии А.П. Нелюбин писал так:

«В уважении познаний и пользы, доставляемой фармацевтами обществу, правительство представило им равные с врачами права и преимущества. Аптекарь пользуется чином 9-го класса, провизоры – 10-го, а ученики – 14-го».

Для фармацевта, как и для врача, актуален **принцип Гиппократа**: «Primum non nocere» (в вольном переводе: «Прежде всего, не вреди жизни, не вреди здоровью больного») [8].

Этот завет Гиппократа, адресованный медикам, теперь все чаще звучит и среди фармацевтических работников. И не случайно: слишком тонкая грань отделяет лекарство от яда и наоборот.

Сейчас, когда в мире насчитывается свыше 300 000 различных соединений, которые предназначены для лечения и профилактики всевозможных заболеваний, причем нередко в микродозах, заповедь Гиппократа должна быть вывешена на видном месте в каждой аптеке, в каждой рабочей комнате провизора.

Фармацевт должен помнить о возможности побочных явлений и осложнений при приеме лекарственных препаратов, изготовленных с нарушением требований и правил фармацевтической технологии.

В ряде случаев профессиональную ответственность провизора может усугубить **несовершенство химического и микробиологического контроля качества** многих лекарственных препаратов, изготавливаемых в аптеках [4].

Провизору необходимо помнить, что лекарственные препараты наряду с их лечебным действием, как правило, обладают скрытыми или отсроченными негативными свойствами.

Все они, за малым исключением (естественные метаболиты как исключение), относятся к *ксенобиотикам*, т.е. к чужеродным соединениям, обмен веществ которых сопровождается образованием побочных вредных для организма соединений.

Они-то и могут обладать аллергенным, мутагенным, канцерогенным или цитотоксическим действием.

Ксенобиотики внешней среды, которых насчитывается свыше 50 000, наряду с таковыми лекарственной природы, попадая в организм человека, создают реальную угрозу жизни и здоровью нынешнего и будущих поколений людей.

К эффективным мерам, снижающим эту опасность, можно отнести:

- 1) строгое соблюдение установленных норм и правил контроля и испытаний лекарственных препаратов;
- 2) жесткое ограничение необузданного лекарственного потока.

2. Разумное использование лекарственных средств как функция провизора

Провизор, занятый отпускком лекарств без рецепта врача, играет роль *консультанта*, компетентного в вопросах разумного, рационального использования лекарственных средств [3, 6, 7].

Провизор должен:

- 1) давать совет по выбору лекарств;
- 2) дать краткую характеристику действия выбранного лекарства, указав на возможные побочные действия;
- 3) сообщить цену;
- 4) при выдаче лекарств уточнить, кому предназначается лекарство, с учетом возраста больного рекомендовать оптимальную дозу, частоту и длительность приема;
- 5) объяснить признаки нежелательного эффекта лекарства, необходимость соблюдения диеты, режим приема;
- 6) при наличии листовки – вкладыша, необходимо пояснить затруднительные выражения, специальные медицинские термины, приводимые в листовке;
- 7) объяснить способ хранения лекарства в домашних условиях, обратив внимание на срок годности;
- 8) при отсутствии листовки – вкладыша желательно выдать в месте с лекарством краткую памятку по его применению, особенно для пожилых людей;

9) при отсутствии в аптеке необходимого лекарства провизор обязан оказать помощь в его приобретении.

3. Фармакофилия и фармакофagia

Фармакофилия – «любовь» к лечению лекарственными средствами. Можно выделить несколько причин возникновения фармакофилии.

1. Чрезмерное увлечение приемом лекарств может происходить или без рекомендации врача, или по назначению врача, который некритически выполняет требования больного. В этом случае назначает лечение больной, а не врач (бывает в начале врачебной практики у начинающих врачей).

2. В ряде случаев фармакофилия поддерживают, сами того не желая, врачи тем, что независимо друг от друга назначают больному ряд лекарств и не соблюдают при лечении необходимую координацию.

3. Технический процесс и увлечение научными открытиями имеет своим следствием переоценивание медикаментозной терапии. Многие больные рассматривают лекарство как «панацею», которое избавит их от всех забот и страданий без особого труда и участия самих больных.

Примеры. 1. Мужчина с бронхитом курильщика продолжает курить на курорте, где проходит реабилитацию в связи с заболеванием.

2. Сомнительное «химическое решение психологических проблем» у невротика с помощью транквилизаторов: тревога исчезает, но проблемы, вызывающие тревогу, не решаются.

Фармакофagia – применение медикаментов в больших дозах.

Фармакофagию можно рассматривать как следствие фармакофилии. Объектом фармакофagии чаще всего бывают анальгетики (продаваемые без рецепта), седативные, снотворные, противоастматические, возбуждающие и психостимулирующие средства.

1. Фармакофagia в большинстве случаев притупляет действие лекарства (привыкание организма к лекарству). Больной в таком случае лишается защиты против болезни.

2. Некоторые больные становятся фармакофagами из-за страха перед приступом (некоторые больные бронхиальной астмой принимают постоянно увеличиваемые дозы лекарства повторно с целью «предупредить наступление приступа»).

3. Фармакофagами бывают, как правило, люди невыдержанные, слабовольные, излишне чувствительные, часто неуравновешенного характера (психопаты) и лица с ипохондрическими склонностями.

У некоторых из них фармакофagia ведет к токсикомании.

4. Плацебо-эффект

Провизор уже сам по себе является лечебным средством. необходимо только принимать во внимание «дозировку» и «побочные действия» его личности.

В фармакологии и в отдельных медицинских дисциплинах тщательно разбирается *прямое специфическое действие лекарств* на различные патологические процессы. Речь идет о действии, которое через внутреннюю среду влияет прямо, преимущественно биохимическим путем.

Но имеет значение и другая, *косвенная сторона воздействия* лекарства, так называемое «*плацебо*» (от лат. «буду нравиться») [5].

Плацебо включает в себя:

а) действие первосигнальных эмоциональных раздражителей (вид лекарства, окраска его, величина, вкус, запах);

б) действие второсигнальных словесных импульсов:

– словесное внушение, связанное с применением определенного лекарства;

– репутация среди населения и поведение врача, назначившего лекарство, а также провизора, выдававшего это лекарство.

На практике результат действия плацебо может проявиться в следующих феноменах:

1) лекарство, выданное разными провизорами, может давать различный эффект;

2) лекарство может благоприятно действовать и на такие болезни, которые не являются прямым показанием для его назначения;

3) действие одного и того же лекарства может проявляться по-разному в разные периоды;

4) может оказать положительное действие субстанция в сущности недейственная – «чистое плацебо», что не является результатом какого-то обмана со стороны врача (провизора) или наивной доверчивости со стороны больного;

5) инъекции бывают более эффективными, чем перорально применяемые препараты, и это не может быть обусловлено лучшим всасыванием и использованием субстанции;

6) лекарства,готавливаемые фармацевтом по рецепту врача в аптеке, лучше, чем произведенные фабричным способом, вероятно, здесь имеет значение ощущение больного, что о нем индивидуально и специально заботятся;

7) лекарства в эффектной упаковке, цветные действуют лучше, чем бесцветные;

8) препараты с выраженным вкусом лучше, чем безвкусные препараты;

9) повышенный эффект плацебо имеет место у новых и малодоступных лекарств, которые больные достают с большими трудностями.

По данным Глидмана и Торна существуют *плацебо-реакторы*, т.е. люди, которые реагируют на плацебо гораздо интенсивнее, чем другие (*плацебо-нореакторы*).

Эти факты могут являться косвенным подтверждением существующей зависимости между положительной реакцией на плацебо и повышенной внушаемостью получающего плацебо.

«*Токсическое плацебо*» – неприятные побочные действия плацебо. Чаще всего токсическое плацебо наблюдают психиатры у невротиков. После приема плацебо развивается рвота, понос, тяжелые аллергические реакции, сердцебиение, отек.

Возможная причина – *фармакофобия* (патологическое опасение, страх перед употреблением медикаментов, в обоснованности которого больной убежден: «лекарство – это яд, который отравляет человека, а человек не должен принимать ядь»).

5. Недопустимость фармацевтической ошибки

До сих пор актуальными являются слова Гиппократа «*Врач, совершающий лишь небольшие ошибки, получит мое искреннее одобрение*».

Фармацевтическая ошибка, как и врачебная, является недопустимой в работе провизора. Защита чести «мундира» должна прочно войти в фармацию. Она включает в себя, прежде всего, точное приготовление лекарства.

Лекарство должноготавливаться только высокого качества, т.к. некачественные медикаменты – это не только зло экономическое, но и нравственное преступление по отношению к больному.

Здесь большая роль отводится контролю качества медикаментов, работе провизоров-аналитиков, провизоров-технологов, контрольно-аналитической лаборатории [7, 8, 9].

Клиент не в состоянии проверить ни количества, ни тем более качества приготовленного лекарства. Он безраздельно доверяет фармацевту, видит в нем честного человека, и этим надо дорожить.

Главное условие фармацевтической этики и деонтологии – это точное приготовление, строгий контроль и выдача лекарств по назначению.

Недопустимым в работе провизора является отпуск медикаментов с просроченным сроком годности.

Переконтроль, на который ссылаются фармацевты в конфликтных ситуациях, возможно, продлил бы срок годности препарата, но его надо делать своевременно, не решать вопрос о пригодности лекарств в момент реализации.

Фармацевтические ошибки, как и *врачебные*, можно разделить на *два вида*: 1) происшедшие по вине провизора; 2) те, в которых провизор не виноват.

1. Ошибки, происшедшие по вине провизора бывают обусловлены:

- безответственностью;
- недостатками в его самообразовании.

2. Ошибки, в появлении которых провизор не виноват, возникают:

- вследствие уровня развития фармации в настоящее время;
- в связи с атипическим течением, симптоматикой ряда заболеваний;
- специфическим (аллергическим) реагированием организма больного на прием лекарственного средства.

При этом необходимо отметить, что провизору, как и врачу, свойственна тенденция всячески оправдывать свои ошибки указанными «объективными» причинами и обходить субъективные причины, представляющие его вину.

Появлению ошибок способствуют и некоторые нарушающие работу ситуации и психические факторы:

- поспешность;
- усталость;
- острые и длительные конфликтные ситуации;
- временное или хроническое заболевание провизора.

Существует *различие между отношением человека, далекого от фармации и отношением провизора к своим профессиональным ошибкам.*

1. У провизора имеется склонность объективизировать источник ошибок. Способ его мышления, как и врача, имеет характер диалектический и динамический.

2. У клиента часто наблюдается противоположная тенденция – видеть фармацевтическую науку всемогущей, а источник ошибок – только в индивидуальной недостаточной образованности провизора или в нежелании помочь клиенту. Способ мышления здоровых и больных клиентов носит характер логическо-механический и статистический.

Этика фармацевта проявляется в честном признании своих ошибок, ибо в этой профессии, как ни в какой другой, малейшая неточность влечет за собой серьезные последствия, может стать роковой для больного.

6. Постоянное пополнение знаний – фактор успешной деятельности провизора

Уважением в аптеке, где работает коллектив единомышленников, пользуются, прежде всего, те провизоры, которые постоянно изучают фармацию. Только высокообразованный работник аптеки может заслужить авторитет у больного, врача, товарищей по работе.

Здесь уместно напомнить слова известного древнегреческого врача Сушрута, который писал: *«Лекарство в руках знающего человека уподобляется напитку бессмертия и жизни, в руках невежды – подобно огню и мечу».*

Фармацевты повышают свою квалификацию, участвуя в семинарах, конференциях, в работе научного общества фармацевтов, обмениваясь опытом. При этом *глубокие профессиональные знания, умения, навыки только тогда будут способствовать успешной профессиональной деятельности провизора, если он научится:*

1) во-первых, постоянно совершенствовать свои знания, вырабатывать навыки исследователя, развивать широкий теоретический кругозор. Без этого трудно ориентироваться во все увеличивающемся объеме знаний, в растущем потоке научной информации;

2) во-вторых, работать над собой, изыскивать новые препараты, изучать лекарственное сырье, непрерывно пополнять свои знания, проводить лекции и беседы с больными и здоровыми, т.к. чем больше внимания уделяется здоровым, тем меньше больных.

Большое значение для профессионального роста провизоров имеет *наставничество*. Наставник как эстафету дружбы и человеколюбия передает свой опыт и знания молодежи. При этом он ощущает радость, гордость за свою профессию, ибо, по выражению Руставели, *«что припрячешь – то погубишь, что раздашь – вернется снова».*

7. Этика фармацевтического бизнеса

Ни для кого не секрет, что лекарственные средства занимают особую группу на рынке товаров. Специфика этой группы состоит в том, что конечный потребитель, не имея повседневного опыта, знаний и внешней объективной информации, не может самостоятельно разобраться в том огромном количестве ЛС, которые представлены на фармацевтическом рынке, и их качестве. При этом последствия неправильного использования ЛС или использования некачественных препаратов могут быть катастрофическими и даже смертельными.

Пример. Человек, страдающий серьезным недугом, видит рекламу, обещающую одной капсулой излечить его болезнь. В поликлинике очередь чтобы проконсультироваться, и надо ее отстоять. Он идет в аптеку, где в руки ему попадает красочная брошюра, подтвер-

ждающая «чудодейственность» препарата. Далее милая девушка-провизор, улыбаясь, советует приобрести именно этот, более дорогой (а это выгодно для аптеки) препарат. Итог – в руках доверчивого покупателя оказалось не то, что действительно излечило бы его, а какая-либо яркая упаковка с БАД, магнитный браслет или аппарат лучевой терапии, за который больной выложил последние деньги.

Немаловажно, что под прицел этого действенного метода попадает не только простой потребитель, но и такие образованные люди, как врачи и провизоры. А ведь именно они являются генераторами спроса на лекарственные средства (ЛС).

В фармацевтическом бизнесе зачастую используются такие тонкие механизмы воздействия на подсознание и психику человека, что отличить правдивую информацию об ЛС от той, которую хочет навязать продавец, бывает очень трудно, тем более, если продавец был подвергнут такой же обработке. Мы говорим о нейролингвистическом программировании (НЛП).

НЛП – это область психологии. Во всем мире эти методы используются уже давно. А большинство людей даже и не подозревает о том, что при определенном сочетании букв, звуков, формулировок, при определенном построении предложения их мозг программирует на «заказанные» действия, провоцируя совершать покупки. В связи с этим встает вопрос об этичности применения НЛП при продвижении фармацевтических товаров.

В фармацевтическом бизнесе есть четкие рамки и правила, делающие этот процесс этичным. В России, например, имеются законы «О лекарственных средствах», «О рекламе», «О правовых основах биоэтики и гарантиях ее обеспечения», Этический кодекс фармацевтического работника и др. Но они все же не могут заставить недобросовестных продавцов не пользоваться грязными приемами.

Даже, несмотря на несовершенство правовой базы в области продвижения, *каждый специалист должен помнить* следующее: истинный профессионализм неизбежно должен иметь в своей основе определенную нравственную доминанту, понимание своего профессионального долга и щепетильное отношение к профессиональной чести, ответственности и достоинству.

Из этого следует вывод, что любая информация о лекарстве обязательно должна быть точной, достоверной и правдивой. А целью продвижения ЛС на рынок должна быть не прибыль любой ценой, а реальная забота о здоровье человека.

8. Проблема фальсификации и недоброкачества лекарственных средств

В последние годы во всем мире остро встает *вопрос о фальсификации лекарственных средств* (ФЛС). По данным Всемирной организации здравоохранения, впервые «фальшивки» выявлены были в 1982 году, и вплоть до 1999 года их зарегистрировано 700 (С.В. Конова, 2000).

Из этих 700 ФЛС за 11 лет – 115 выявлено за последние 3 года в Российской Федерации. В России контроль за качеством осуществляют 161 лаборатория и 54 контрольно-ревизионные службы. Однако порядок исследования изменился. Сейчас на анализ в лабораторию свой «товар» предоставляют оптовые фирмы по собственному усмотрению. А потому ФЛС были, есть и будут в ближайшее время.

Фармацевты должны быть предельно внимательны к подобным препаратам. Основным критерием должен служить ценовой анализ – ФЛС, как правило, на порядок дешевле настоящих препаратов.

Не менее актуальна *проблема недоброкачества лекарственных средств*. Так, в 1999 году бракованные ЛС составили 3,5 % от общего объема российских препаратов, 18 % – импортных, по субстанциям процент брака еще выше – 13 % по количеству серий и 20 % по количеству наименований. Крайне важно сегодня совершенствовать методы контроля за лекарственными средствами.

Аптечная сеть ответственна за реализацию ЛС. В кодексе фармацевтического работника России записано: «Главная цель профессиональной деятельности фармацевта – ответственность за качество лекарственной помощи».

Алгоритм отслеживания безопасности ЛС известен:

- проверка субъектов рынка;
- проверка на подлинность ЛС;
- мониторинг цен;
- информирование врачей и фармацевтов;
- передача материалов в правоохранительные органы;
- изъятие и уничтожение выявленных ФЛС;
- соблюдение правил сертификации ЛС.

В этом алгоритме есть немало сложных моментов, но с ними можно справиться. По-прежнему велика роль фармацевта в накоплении данных о безопасности ЛС.

Уже в начале века возникло понятие «*лекарственная болезнь*». Сенека, который жил задолго до нашей эры, говорил: «Иные лекарства опасней самой болезни».

Нежелательные реакции лекарств подразделяются на *фармакологически предсказуемые*, не слишком опасные в клинической практике, и *непредсказуемые*, крайне опасные клинически.

В качестве системы наблюдения за безопасностью ЛС, ведущую роль играет *метод спонтанного наблюдения*, т.е. субъективные ощущения человека, принимающего лекарство.

Интересна разработка *карты-извещения пациента*. Пока нет законодательной базы о повсеместном введении такой карты, но, безусловно, сообщения пациентов в таких картах были бы интересны и очень полезны.

По мнению С.В. Кононовой, было бы неплохо, если бы в каждой аптеке был вывешен плакат-обращение к клиентам: «Вы можете помочь тысячам больных, если сообщите о своих подозрениях против препарата».

Если медицина в древнерусском языке звучала как «врачебство», почти «волшебство», а лечение – «врачебнословие», то о фармацевтической службе, стоящей на страже здоровья населения, хотелось бы сказать словами поэтессы Л. Джанибековой – *«Скорая помощь доброго слова... Скорая помощь тихого слова»*.

Литература

1. Беликов В.Г., Напко Д.А. Гуманитарные дисциплины в подготовке провизора // Фармация, 1993, № 3. – С. 35-37.
2. Дорофеева Т.А., Смирнова О.Е., Эльяшевич Е.Г. Нравственный аспект работы провизоров и фармацевтов // Фармация, 1991, №1. – С.52-53.
3. Завьялов А.В. Роль клинического провизора в фармакотерапии // Фармация, 1990, № 5. – С. 1-5.
4. Кондратьева Т.С., Зеликсон Ю.И. Гуманистические аспекты деятельности и обучения провизора-технолога // Фармация. – 1993, №2. – С.36-37.
5. Конечный Р., Боухал М. Психология в медицине. - Прага: Авиценум, 1983. - 405 с.
6. Кудрин А.Н., Давыдова О.Н., Ряженев В.В. О подготовке клинического провизора-консультанта // Фармация, 1992, № 5. – С. 45-47.
7. Мошкова Л. Ответственная миссия фармацевта // Фармацевтический вестник. – 1997, №17. - С. 5.
8. Николаев В. «Не навреди!» – основная заповедь фармацевта // Фармацевтический вестник. - 1997, №23. – С. 37.
9. Скулкова Р.С., Ягудина Р.И., Ганич Г.Н. Исследование структуры трудовой мотивации фармацевтических работников аптек // Фармация, 1993, № 1. – С. 46-48.
10. Сытый В.П., Денисова Л.В., Соколовская Л.А. Рациональное использование лекарственных средств // Медицина, 1998, № 4. – С. 12-13.

ЛЕКЦИЯ 1 **ВЗАИМОСООТНОШЕНИИ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ** **КОЛЛЕКТИВЕ**

Общение и его структура. Коммуникативная сторона общения: общение как обмен информацией. Интерактивная сторона общения: общение как взаимодействие. Перцептивная стороны общения: общение как познание людьми друг друга. Провизор-руководитель как фактор успешной работы коллектива. Правила оптимизации процесса общения с коллегами в фармацевтическом учреждении.

1. Общение и его структура

В настоящее время под общением понимается:

— осуществляемое знаковыми средствами взаимодействие между людьми;

— способ объединения индивидов, а также способ их развития.

Человеческое общение напоминает своеобразную *пирамиду, состоящую из четырех граней*. В процессе общения мы:

1) обмениваемся информацией;

2) взаимодействуем с другими людьми;

3) познаем людей;

4) переживаем собственное состояние, возникающее в результате общения.

Существует несколько подходов к структурированию общения. Одним из часто употребляемых является подход, при котором выделяют *три взаимосвязанных стороны общения*:

— коммуникативную;

— интерактивную;

— перцептивную [10, 14].

1.1. Коммуникативная сторона общения:

общение как обмен информацией

Говоря о коммуникации, мы, прежде всего, имеем в виду обмен между людьми различными представлениями, идеями, интересами, настроениями, чувствами, установками и т.п.

В структуре коммуникативного процесса выделяют следующие элементы:

а) *коммуникатор* (субъект, передающий информацию);

б) *коммуникант* (субъект, принимающий информацию интерпретирующий ее);

в) *коммуникативное поле* (ситуация в целом, в которой может быть передана информация);

г) *собственно информация*;

д) *каналы коммуникации* (средства передачи информации — вербальные, невербальные).

Коммуникативная сторона общения включает в себя ряд процессов и феноменов.

Механизм обратной связи. Содержание механизма состоит в том, что в межличностной коммуникации процесс обмена информацией как бы удваивается и, помимо содержательных аспектов, информация, поступающая от реципиента и коммуникатору, содержит сведения о том, как реципиент воспринимает и оценивает поведение коммуникатора.

Коммуникативный барьер. Он представляет собой психологическое препятствие на пути адекватной передачи информации между партнерами по общению.

1. Барьер понимания:

— *фонетическое непонимание* (погрешности в самом канале передачи информации; это порождает такой фактор как невыразительная быстрая речь, речь-скороговорка и речь с большим количеством звуков-паразитов);

— *семантическое непонимание* (связано с различиями в системах значений — тезаурусах — участии в общении);

— *стилистическое непонимание* (возникает при несоответствии стиля речи коммуникатора и ситуации общения или стиля речи и актуального психологического состояния коммуниканта).

— *логическое непонимание* (в тех случаях, когда логика рассуждения, предлагаемая коммуникатором, либо слишком сложна для восприятия коммуниканта, либо кажется ему неверной, либо противоречит присущей ему манере доказательства. Можно говорить о существовании «женской» и «мужской» психологической логики, «детской» логики и т.д.).

2. Барьер социально-культурного различия.

Этот вид барьера включает в себя социальные, политические различия, которые приводят к разной интерпретации тех или иных понятий, употребляемых в процессе коммуникации.

3. Барьер отношения.

Это чисто психологический феномен, возникающий в процессе общения коммуникатора и коммуниканта. Речь идет о возникновении чувства неприязни, недоверия и своему коммуникатору, которое распространяется и на передаваемую им информацию.

Коммуникативное влияние (воздействие).

1. Авторитарная коммуникация.

Эта разновидность коммуникации характеризуется следующими особенностями:

— она предполагает подчиненное положение коммуниканта (установка «сверху вниз»);

– коммуникатор воспринимает коммуниканта как пассивного объекта воздействия.

2. Диалогическая коммуникация.

Диалогическая коммуникация отличается от авторитарной тем, что:

- она предполагает равноправие;
- при ней слушатель воспринимается как активный участник коммуникации, имеющий право отстаивать и формировать в процессе общения собственное мнение.

Уровень передачи информации.

1. Вербальная коммуникация.

При вербальной коммуникации в качестве знаковой системы используется речь.

2. Невербальная коммуникация

При невербальной коммуникации используются неречевые знаковые системы. К ним относятся:

1) *оптико-кинестетическая система* (воспринимаемый внешний вид и выразительные движения человека – жесты, мимика, позы, походка, контакт глаз).

2) акустическая система:

- качество голоса коммуникатора: тембр, высота, громкость;
- интонация, темп речи, фразовые и логические ударения, предпочитаемые им, речевые паузы, покашливания, смех.

1.2. Интерактивная сторона общения:

общение как взаимодействие

Взаимодействие (интеракция) – не только обмен знаками, но и организация совместных действий, позволяющих группе реализовать общую деятельность.

Существует несколько *видов социальных мотивов* взаимодействия (т.е. мотивов, по которым человек вступает во взаимодействие с другими людьми):

- 1) *мотив кооперации* – максимизации общего выигрыша;
- 2) *индивидуализм* – максимизации собственного выигрыша;
- 3) *конкуренция* – максимизации относительного выигрыша;
- 4) *альтруизм* – максимизации выигрыша другого;
- 5) *агрессия* – минимизации выигрыша другого;
- 6) *равенство* – минимизации различий в выигрышах.

Соответственно, перечисленным мотивам можно определить ведущие *стратегии поведения во взаимодействии*.

1) *Сотрудничество*. Направлено на полное удовлетворение участниками взаимодействия своих потребностей (реализуется либо мотив кооперации, либо конкуренция);

2) *Противодействие*. Предполагает ориентацию на свои цели без учета целей партнеров по общению (индивидуализм);

3) *Компромисс*. Реализуется в частном достижении целей партнеров ради условного равенства (равенство).

4) *Уступчивость*. Предполагает жертву собственных целей для достижения целей партнера (альтруизм);

5) *Избегание*. Представляет собой уход от контакта, потерю собственных целей для исключения выигрыша другого (агрессия).

1.3. Перцептивная сторона общения: общение как познание людьми друг друга

Перцептивная сторона общения (социальная перцепция) – восприятие внешних признаков человека, соотнесение их с его личностными характеристиками, интерпретация и прогнозирование на этой основе его поступков.

В ходе социальной перцепции осуществляется:

- 1) эмоциональная оценка другого;
- 2) попытка понять причины его поступков;
- 3) прогнозирование его поведения;
- 4) построение собственной стратегии поведения.

Выделяют четыре основных функции социальной перцепции:

- познание себя;
- познание партнера по общению;
- организация совместной деятельности на основе взаимопонимания;
- установление эмоциональных отношений.

Социальная перцепция обеспечивается рядом механизмов.

1. Познание и понимание людьми друг друга.

Идентификация – способ познания другого человека, при котором предположение о его внутреннем состоянии строится на основе попытки поставить себя на место партнера по общению. Т.е. происходит уподобление себя другому. При этом познаются его нормы, ценности, поведение, вкусы и привычки.

Эмпатия – эмоциональное вчувствование или сопереживание другому. Она основана на умении правильно представить, что происходит внутри другого человека, что он переживает, как оценивает окружающий мир.

Аттракция (привлечение) – форма познания другого человека, основанная на формировании устойчивого позитивного чувства к нему. Понимание партнера по общению здесь возникает благодаря формированию привязанности к нему, дружеского или более глубокого интимно-личностного отношения.

2. Познание своего себя в процессе общения.

Рефлексия – механизм самопознания в процессе общения, в основе которого лежит способность человека представлять то, как он воспринимается партнером по общению.

3. Прогнозирование поведения партнера по общению.

Каузальная атрибуция – механизм интерпретации поступков и чувство другого человека (стремление к выяснению причин поведения субъекта).

Эффекты социальной перцепции.

1) *Эффект первичности* – о новом человеке более важна первая в порядке поступления информация (особенно положительная);

2) *Эффект новизны* – о знакомом человеке более значимой оказывается последняя, более новая информация о нем;

3) *Эффект среза* – распространение в условиях дефицита информации о человеке общего оценочного впечатления о нем на восприятие его поступков и личностных качеств.

Так, если первое впечатление о человеке благоприятно, то и дальнейшие его поступки, а также черты личности переоцениваются в благоприятную сторону.

При первом неблагоприятном впечатлении – наоборот, т.е. даже хорошие качества и поступки недооцениваются, а внимание оценивающего приковано к недостаткам.

Эти эффекты можно использовать при представлении кого-либо (себя) другим людям и учитывать при восприятии других.

2. Провизор-руководитель как фактор успешной работы коллектива

Талант руководства людьми основывается на целом комплексе социально-психологических качеств и свойств.

Особое место занимает среди них *коммуникативная компетентность*, проявляющаяся в общительности, умении общаться, взаимодействовать с людьми [1, 3, 5, 6, 7].

Взаимоотношения подчиненных с руководителем, психологический климат коллектива, результаты работы коллектива зависят от *стиля управления*, реализуемого руководителем.

1. Авторитарный стиль управления (директивный).

Этот стиль управления включает в себя:

- жесткое единоличное принятие руководителем всех решений («минимум демократии»);
- жесткий постоянный контроль за выполнением решений с угрозой наказания («максимум контроля»);
- отсутствие интереса к работнику как к личности.

Этот стиль создает неблагоприятный психологический климат (интриги, «подхалимы», «козлы отпущения»).

2. *Либерально-анархический (попустительский).*

Для этого стиля управления характерным является:

- «максимум демократии»;
- «минимум контроля».

При нем психологический климат в коллективе неблагоприятный, нет никакого сотрудничества.

3. *Непоследовательный (алогичный).*

Непоследовательный стиль управления отличается непредсказуемым переходом руководителя от одного стиля к другому. Он порождает конфликты и проблемы.

4. *Демократический (коллективный).*

Для этого стиля управления характерны:

- «максимум демократии»;
- «максимум контроля».

Руководитель проявляет интерес, доброжелательность и внимание к личности сотрудников, к учету их интересов, потребностей, особенностей.

Этот стиль является наиболее эффективным, т.к. он обеспечивает:

- высокую вероятность правильных взвешенных решений;
- высокие производительные результаты труда;
- инициативу и активность сотрудников;
- удовлетворенность людей своей работой и членством в коллективе;
- благоприятный психологический климат и сплоченность коллектива.

Однако, реализация этого стиля возможна при высоких интеллектуальных, организаторских, психологически-коммуникативных способностях руководителя [11].

В зависимости от направленности руководителя на интересы дела или на заботу о взаимоотношениях с людьми можно выделить **пять типов руководителей** (Р. Блейк, Д. Мутон) [5].

1. *«Либерал»* – максимум внимания к людям, минимум внимания к работе.

2. *«Диктатор»* – максимум внимания к работе, (минимум) незначительное внимание к людям.

3. *«Пессимист»* – незначительное внимание к производству и к людям.

4. *«Манипулятор»* – умеренное внимание к работе и к людям (поиск компромиссов).

5. *«Организатор»* – высокая ориентация на эффективную работу в сочетании с доверием и уважением к людям.

Помимо направленности на интересы дела либо на интересы людей встречаются руководители типа:

«*Карьерист*» – повышенная направленность на свои собственные интересы (даже в ущерб интересов дела и людей).

«*Бюрократ*» – направленность на официальную субординацию, официальные инструкции и предписания (в ущерб дела, людей и даже собственных интересов).

Р. Стоцилл, и Д. Макклелланд проанализировали личностные психологические качества руководителей и выявили следующие их *личностные особенности, обуславливающие эффективность руководства*:

1. Доминантность – умение влиять на подчиненных.
2. Уверенность в себе.
3. Эмоциональная уравновешенность и стрессоустойчивость (умение руководителя контролировать свои эмоциональные проявления, саморегулировать эмоциональное состояние, осуществлять самоуправление и оптимальную эмоциональную разрядку).
4. Креативность – способность к творческому решению задач, высокий практический интеллект.
5. Стремление к достижению и предприимчивость, способность пойти на риск (разумный, а не авантюрный), готовность брать на себя ответственность в решении проблем.
6. Ответственность и надежность в выполнении заданий, честность, верность данному обещанию и гарантиям.
7. Независимость, самостоятельность в принятии решений.
8. Гибкость поведения в изменяющихся ситуациях.
9. Общительность, умение общаться, взаимодействовать с людьми [5].

3. Правила оптимизации процесса общения с коллегами в фармацевтическом учреждении

«Коммуникабельность начинается с внимания к людям»
(Д. Лабрюйер).

1. Овладейте приемами профессионального слушания.

1) Талантом собеседника отличается не тот, кто вам охотно говорит, а тот, с кем охотнее говорят другие;

2) Не более 10% из нас умеют выслушать своего собеседника спокойно и целенаправленно.

Рекомендации:

– будьте первыми, когда нужно слушать, и последними, когда нужно говорить;

– научитесь слушать, и вы сможете извлечь пользу даже из речи тех, кто говорит плохо. Не забывайте, что хорошему порой учатся на

примерах вульгарности и зрелище нелепостей очень часто способно породить хороший вкус;

– лучший собеседник не тот, кто умеет говорить, а тот, кто умеет слушать [12, 15].

2. Пользуйтесь в общении простым языком.

Эффективность общения во многом определяется способностью говорить на простом (но не на простешком) языке [1, 4, 6].

Различают:

1) научный оборот речи (научность в содержательном плане);

2) наукообразный (использование научных, чаще непонятных даже самому себе понятий и терминов). Он сродни «эффекту редиски» – снаружи красное, а внутри, т.е. по содержанию, другого цвета.

Совет: «Никто не будет выслушивать то, что ему непонятно».

Чтобы разобраться в истинном и ложном,

Нам забывать не следует о том,

Что мастер просто говорит о сложном,

А подмастерье сложно о простом.

3. Ориентируйтесь в общении лишь на позитивные разговоры.

1) В повседневном общении необходимо стремиться вести разговоры лишь о вдохновляющих вещах. Это притягивает, вдохновляет и воодушевляет окружающих [2, 4, 6].

2) Невозможно добиться внимания, симпатии, постоянно жалуясь на свои проблемы, недуги или болезни. Человек, постоянно жалующийся на свои недуги, становится для окружающих своеобразным символом болезни. Они начинают избегать такого собеседника, поскольку никто не хочет иметь дело с человеком, присутствие которого напоминает о болезни.

3) Не следует говорить и о своих неприятностях, поскольку большинство собеседников останется равнодушным, а остальные только порадуются вашим бедам.

4. Не забывайте, что большинство людей склонно интересоваться собой, а не окружающими.

1) Люди больше всего интересуются самими собой. Это свойственно каждому из нас. Ибо мы хотим обсуждать свои (а не чужие) дела и планы на будущее, свои места, где были, свои события, которые произошли.

2) Найти друзей, не соглашаясь с их мнением, практически невозможно.

3) Дав возможность рассказать нам о своих успехах в познании, мы непременно добьемся успеха в общении с таким собеседником.

4) Начиная разговор о себе, необходимо связать свои интересы с личными интересами партнера.

5) Люди слышат, как правило, лишь то, что хотят слышать. А больше всего они хотят слышать о себе. Поэтому нужно стремиться

оборудовать с ними их цели, интересы и переживания. Этим мы добьемся их внимания и особого расположения.

5. *Приверженность людей с позитивным складом ума.*

1) Люди с негативным складом ума способны существенно истощить вашу энергию постоянными жалобами, неудовлетворенностью собой и жизнью.

2) Позитивно мыслящие и настроенные люди способны вдохновить, побудить к жизнерадостному мироощущению, к выработке привычек мыслить светлыми, радостными категориями.

3) Важность такого выбора вызвана тем, что образ мысли во многом способен породить образ действий и поступков.

6. *Чтобы хорошо думать о других, сначала нужно научиться хорошо думать о себе.*

1) Отношение к другим во многом начинается с отношения к себе [9, 11].

2) Если человек себе не нравится и думает о себе плохо, то это невольно отразится на отношениях с окружающими людьми.

3) Каждый при желании может найти в себе что-то хорошее, позитивное, то, что может стать предметом уважения к себе и со стороны окружающих.

4) Выработка привычки ценить себя и думать о себе хорошо позволит сформировать необходимую уверенность в себе.

5) Каждому необходимо знать о своих достоинствах, однако, не следует забывать, что чем меньше человек думает о них, тем больше он нравится окружающим.

7. *Чтобы любить других, сначала нужно научиться любить себя.*

1) Любовь к себе вряд ли может быть лишней.

2) Здоровое самоуважение, основанное на любви к себе (но без крайностей в виде нарциссизма), способно благотворно отразиться на собственном психическом здоровье.

3) Очень часто мы познаем человека не по тому, что он думает, а по тому, как он относится к себе.

4) Любовь к себе как самоцель эгоистична!

5) Любовь к себе как этап самоактуализации, самосовершенствования и саморазвития непременно переходит в любовь к людям!!!

Литература

1. Бодалев А.А. Личность и общение. – М.: Международная педагогическая академия, 1995. – 328 с.

2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Филинь, 1996. – 472 с.

3. Верба И.К. Психология общения: Учебно-методическое пособие. – Хабаровск: ДВГАПС, 1997. – 45 с.
4. Иванова Е.Н. Эффективное общение и конфликты. – СПб.: Рига, Педагогический центр «Эксперимент», 1997. – 69 с.
5. Иосефович Н. Ты – босс! Как стать толковым руководителем. – М.: Вече, Персей, АСТ, 1995. – 385 с.
6. Кан-Калик В.А. Грамматика общения. – М.: Роспедагентство, 1995. – 108 с.
7. Карандашев В.Н. Основы психологии общения. – Вологда, 1990. – 82 с.
8. Магазаник Н.А. Искусство общения с больными. – М.: Медицина, 1991. – 87 с.
9. Панкратов В.Н. Психотехнология управления собой (практическое руководство). – М.: ТЦ «Сфера», 1998. – 128 с.
10. Прикладная социальная психология / Под ред. А.Н. Сухова и А.А. Деркача. – М.: Изд-во «Института практической психологии», 1998. – 688 с.
11. Секреты умелого руководителя / Сост. И.В. Липсиц. – М.: Экономика, 1991. – 320 с.
12. Толстых А.В. Наедине со всеми: о психологии общения. – МН.: Полымя, 1990. – 208 с.
13. Швальбе Б., Швальбе Х. Личность, карьера, успех: Пер. с нем. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с.
14. Шевандрин Н.К. Социальная психология в образовании: Учеб. пособие. Концептуальные и прикладные основы социальной психологии. – М.: ВЛАДЮС, 1995. – 544 с.
15. Шмидт Р. Искусство общения: Пер. с нем. – М.: Интерэксперт, 1992. – 72 с.

ЛЕКЦИЯ 8

КОНФЛИКТЫ В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПРОВИЗОРА

Феноменология и концептуализация конфликта. Типы конфликтов. Условия протекания конфликта. Образы конфликтной ситуации. Возможные действия участников конфликта. Исходы конфликтных действий. Динамика конфликта. Последствия конфликтов. Типы личностей участников конфликта. Типы перманентно-конфликтных личностей. Ситуативно-конфликтная личность. Конфликтная личность – руководитель. Целенаправленно-конфликтная личность. Стили разрешения конфликтов. Рекомендации по управлению конфликтом.

1. Феноменология и концептуализация конфликта

Конфликт (от лат. *conflictus* – столкновение) – столкновение противоположно направленных целей, интересов, позиций, мнений или взглядов оппонентов или субъектов взаимодействия [7].

В основе любого конфликта могут лежать следующие причины:

- противоречивые позиции сторон по какому-либо поводу;
- противоположные цели или средства их достижения в данных обстоятельствах;
- несовпадение интересов, желаний, влечений оппонентов;
- неудовлетворительная коммуникация;
- различия в психологических особенностях людей (конфликтотенная личность).

Таким образом, конфликтная ситуация, лежащая в основе конфликта, содержит *субъектов* возможного конфликта и его *объект*.

Чтобы конфликт начал развиваться, необходим *инцидент*, когда одна из сторон начинает действовать, ущемляя интересы другой стороны. Если противоположная сторона отвечает тем же, конфликт из *потенциального* переходит в *актуальный*.

Элементы конфликта

- 1) стороны (участники, субъекты) конфликта;
- 2) условия протекания конфликта;
- 3) образы конфликтной ситуации;
- 4) возможные действия участников конфликта;
- 5) исход конфликтной ситуации.

Потенциально конфликтотенные фармацевтические ситуации (три типа таких ситуаций):

1) *конфликты деятельности*, возникающие в связи с выполнением профессиональных обязанностей в современных сложных социально-экономических условиях;

2) *конфликты поведения* (поступков), возникающие из-за нарушения правил поведения в ситуации фармацевтического взаимодействия;

3) *конфликты отношений*, возникающие в сфере эмоционально-личностных отношений провизора и клиента (посетителя аптеки) (провизора – провизора и т.п.) в сфере их общения в процессе профессиональной деятельности.

1.1. Типы конфликтов

Социально-психологический анализ сторон конфликта позволяет выделить четыре типа конфликтов:

1) *внутриличностный*. Сторонами конфликта могут выступать две и более составляющих одной и той же личности (отдельные черты, типы или инстанции). В этом случае мы имеем дело с конфликтно-генным столкновением отдельных особенностей личности и поведения человека.

– столкновение одной из двух привлекательностей («Буриданов осел»);

– столкновение положительной и отрицательной валентности («развод» – хочется развестись с человеком, но жалко его);

– столкновение отрицательных валентностей («Из двух зол надо выбрать меньшее»). Варианты возможной оценки на экзамене: «3» – без вопросов; «4» – один вопрос; «5» – «Вот с вами мы и поговорим...»).

2) *межличностный*. Возникает между двумя и более отдельными личностями. При этом наблюдается конфронтация по поводу потребностей, мотивов, целей, ценностей и/или установок.

3) *личностно-групповой*. Зачастую он возникает в случае несоответствия поведения личности групповым нормам и ожиданиям.

4) *межгрупповой*. В этом случае может происходить столкновение стереотипов поведения, норм, целей и/или ценностей различных групп [4, 6, 7].

1.2. Условия протекания конфликта

Характер любого разногласия существенно определяется внешней средой, в которой возникает конфликт. Выделяют три важнейших условия протекания конфликта:

1) *пространственно-временные* (место осуществления противоречия и время, в течение которого оно должно быть разрешено);

2) *социально-психологические* (климат в конфликтующей группе, тип и уровень взаимодействия, степень конфронтации и состояние участников конфликта);

1) социальная ответственность в противоречие интересов различных социальных групп (половых, семейных, профессиональных, этнических и религиозных).

1.3. Образы конфликтной ситуации

Своеобразным опосредующим звеном между характеристиками участников конфликта и условиями его протекания, с одной стороны, и конфликтным поведением – с другой, выступают образы конфликтной ситуации т.е. своеобразные идеальные карты, которые включают в себя следующие элементы:

- 1) представления участников противоречия о себе (о своих потребностях, возможностях, целях, ценностях и т.п.);
- 2) представления участников конфликта о противоположной стороне (о ее потребностях, возможностях, целях, ценностях и т.п.);
- 3) представления конфликтующих сторон о среде и условия, в которых протекает конфликт.

Необходимость анализа образов конфликтной ситуации определяется двумя обстоятельствами:

- именно образы, а не реальность противоречия, сами по себе непосредственно определяют конфликтное поведение;
- существует реальное и эффективное средство разрешения конфликта за счет изменения этих образов, которое осуществляется посредством внешнего воздействия на участников конфликта (*«если не можешь изменить саму ситуацию, то измени отношение к ней»*).

1.4. Возможные действия участников конфликта и их исходы

В основе классификации конфликтных действий лежат следующие основания:

- 1) характер действий (наступательное, оборонительное и нейтральное);
- 2) степень активности в их осуществлении (активные, пассивные, иницилирующие, ответные);
- 3) направленность этих действий (на оппонента, к третьим лицам, на самого себя).

Любое конфликтное действие может иметь *четыре основных исхода*:

- 1) полное или частичное подчинение другого человека;
- 2) компромисс;
- 3) пресмыкание конфликтных действий (уход от конфликта);
- 4) интеграция (наиболее трудно реализуемый).

1.5. Динамика конфликта

В динамике конфликта, т.е. в его реализации как процесса выделяются следующие *четыре основные стадии*.

I. Возникновение объективной конфликтной ситуации. Эта ситуация не сразу опознается людьми, поэтому ее можно назвать «стадией потенциального конфликта».

II. Осознание объективной конфликтной ситуации. когда противоречия становятся осознанными, и противоположная сторона отвечает реальным действием (поведением).

Существует *четыре варианта* соответствия между субъективным и объективным в конфликтной ситуации.

1. *Адекватно понятый конфликт.* Здесь имеется налицо объективная конфликтная ситуация, и стороны правильно ее понимают.

2. *Неадекватно понятый конфликт.* В этом случае объективная конфликтная ситуация также налицо, и стороны воспринимают ее как такую, но с теми или иными отклонениями от реального положения вещей.

3. *Непонятый конфликт.* Объективная конфликтная ситуация существует, но она не воспринимается как таковая потенциальными оппонентами.

4. *Ложный конфликт.* Объективная конфликтная ситуация отсутствует, но стороны воспринимают свои отношения как конфликтные.

III. Переход к конфликтному поведению. После того, как конфликт осознан, стороны переходят к конфликтному поведению, которое направлено на блокирование достижений противоположной стороны, ее стремлений, целей, намерений. В этом случае внутличностный конфликт переходит в межличностный.

При переходе конфликта из потенциального в актуальный он может развиваться как конструктивный или неконструктивный

а) *неконструктивный* межличностный конфликт возникает тогда, когда один из оппонентов прибегает к нравственно осуждаемым методам борьбы, стремится подавить партнера, дискредитируя и унижая его в глазах окружающих.

Обычно это вызывает:

- сопротивление другой стороны;
- диалог сопровождается взаимными оскорблениями;
- решение проблемы становится невозможным;
- разрушаются межличностные отношения.

б) *конструктивный* межличностный конфликт:

- оппоненты не выходят за рамки деловых аргументов, отношений;
- оппоненты не касаются личностных характеристик противоположной стороны.

Стратегии поведения в конфликтной ситуации (Г. Блейк и Дж. Моутон):

- 1) *сотрудничество* (направлено на поиск решения, удовлетворяющего интересы всех сторон);
- 2) *компромисс* (урегулирование разногласий осуществляется через взаимные уступки);
- 3) *избегание* (стремление выйти из конфликтной ситуации, не решая ее, не уступая своего, но и не настаивая на своем);
- 4) *приспособление* (тенденция сглаживать противоречия, поступаясь своими интересами);
- 5) *соперничество* (открытая борьба за свои интересы).

Последовательность протекания конфликта:

- 1) постепенное усиление позиций участников конфликта за счет введения все более активных сил, а также за счет накопления опыта противостояния;
- 2) увеличение количества проблемных ситуаций и углубление первичной проблемной ситуации;
- 3) повышение конфликтной активности участников, изменение характера конфликта в сторону его ужесточения, вовлечение в конфликт новых сил;
- 4) нарастание эмоциональной напряженности, сопровождающей конфликтные взаимодействия, которое может оказать как мобилизующее, так и дезорганизирующее влияние на поведение участников конфликта;
- 5) изменение отношения к проблемной ситуации и конфликту в целом

IV. Разрешение конфликта возможно за счет:

- 1) изменения объективной конфликтной ситуации;
- 2) преобразования ее образов, имеющихся у оппонентов.

Разрешение может быть:

- *частичным* (когда исключаются конфликтные действия, но побуждение к конфликту остается);
- *полным* (конфликт устраняется как на уровне внешнего поведения, так и на уровне внутренних побуждений).

1.6. Последствия конфликтов

Функциональные последствия конфликтов.

1. Проблема решается таким путем, который устраивает все стороны, и в результате люди чувствуют себя причастными к решению важной для них проблемы.
2. Совместно принятое решение быстрее и лучше претворяется в жизнь.
3. Стороны приобретают опыт сотрудничества при решении спорных вопросов и могут использовать его в будущем.

4. Эффективное разрешение конфликтов между руководителями и подчиненными, преподавателями и студентами разрушает так называемый «синдром покорности» – страх открыто высказывать свое мнение, отличное от мнения «старших».

5. Улучшаются отношения между людьми.

6. Люди перестают рассматривать наличие/разногласий как «зло», всегда приводящее к дурным последствиям.

Дисфункциональные последствия конфликтов.

1. Непродуктивные, конкурентные отношения между людьми.

2. Отсутствие стремления к сотрудничеству, добрым отношениям.

3. Представления о противоположной стороне как о «враге», о своей позиции – как об исключительно положительной, о позиции оппонента – только как отрицательной.

4. Сворачивание или полное прекращение взаимодействия с другой стороной, препятствующее достижению общих целей.

5. Убеждение, что «победа» в конфликте важнее, чем решение реальной проблемы.

6. Чувство обиды, неудовлетворенности, плохое настроение, снижение мотивации учебной деятельности (у учащихся).

2. Типы личностей участников конфликта

Прежде всего, типы личностей по тому, какие конфликты и как часто они порождают, можно разделить на *две разновидности*.

1. Ситуативно-конфликтные личности.

Для них конфликтность является не свойством характера, а следствием конкретной ситуации. Их готовность идти на конфликт вызывается отсутствием иного выхода в самой ситуации.

2. Перманентно-конфликтные личности.

Для этих людей конфликтность является постоянным свойством их поведения, вытекающим из особенностей характера.

2.1. Типы перманентно-конфликтных личностей

1. **«Демонстративный».** Личность стремится быть в центре внимания, ищет признания и поддержки окружающих и добивается этого хотя и косвенным, но настойчивыми действиями. Отношение к людям у них определяется тем, насколько удалось завоевать их расположение.

Чем больше выражен демонстративный компонент в поведении личности, тем выше уровень ее конфликтности.

В конечном счете, конфликты становятся естественной средой существования некоторых подобных личностей, дают им постоянный повод к любованию своими страданиями и стойкостью.

Для этих людей не свойственно рациональное планирование поведения, поэтому они являются достаточно распространенным источником эмоциональных конфликтов, в которых личность не имеет четко осознанной цели, т.е. представлений о том, чего же она добивается, вступая в конфликтное взаимодействие.

2. *«Ригидный»* Это непластичный, не умеющий перестраиваться тип личности, т.е. учитывать в своем поведении изменения ситуации и обстоятельства, принимать во внимание мнение и точки зрения окружающих.

Не менее характерной особенностью является *честолюбие* – потребность в постоянном подтверждении собственной значимости, завышенная самооценка.

Отсюда все выражения почтения и восхищения со стороны окружающих воспринимаются личностью как должное, тогда как проявления неуважения не вызывают у нее сомнений в собственных способностях и объясняются враждебностью, некомпетентностью окружающих.

В ситуации конфликта ригидная личность проявляет болезненную обидчивость, повышенную чувствительность по отношению к действительным или мнимым несправедливостям.

3. *«Бесконфликтный»*. Основная особенность этого типа – отсутствие собственных убеждений и принципов, а отсюда – чрезмерная зависимость от мнений и оценок окружающих.

Неустойчивость оценок и непоследовательность поведения становится для такой личности причиной внутренних конфликтов и приводит рано или поздно к выработке собственного взгляда на вещи.

Чрезмерная склонность к компромиссам и стремление уйти от проблем, закрывая глаза на их существование, могут вызвать, в конечном счете, у таких личностей серьезный межличностный конфликт, причем бессмысленный и нерациональный.

4. *«Неуправляемый»* Для него характерны импульсивность, непродуманность поведения, отсутствие самоконтроля, в результате чего эмоции и побуждения реализуются без оглядки на общепринятые нормы и без достаточного осмысления ситуации.

Этим же объясняется неумение планировать свое поведение и пренебрежение последствиями поступков. Поэтому их поведение часто выглядит агрессивным и вызывающим.

Неспособность соотносить свои поступки с объективными мнениями и целями делает поведение таких лиц плохо предсказуемым.

При особой выраженности у личности свойств неуправляемого типа даже незаурядный интеллект не спасает от импульсивности и непоследовательности поведения.

Легкость возникновения агрессивных реакций и неспособность корректировать поведение, т.е. извлекать пользу из прошлого опыта,

снова и снова приводит таких лиц к конфликтам с окружающими, и за ними закрепляется *репутация конфликтных*.

5. *«Сверхточный»*. Эти личности отличаются особой *скрупулезностью* и *добросовестностью* в отношении к работе. Они подходят к оценке своей деятельности по мерке высоких внутренних стандартов. Обычно завышенные требования предъявляются не только к себе, но и к окружающим, которые воспринимают требовательность зачастую как придирчивость. На этой почве могут возникать взаимонепонимание и конфликты.

Другая особенность – *повышенная тревожность* и, как следствие, *чрезмерная чувствительность к деталям и нюансам взаимоотношений*. В результате люди такого склада склонны придавать излишнее значение как действительным, так и мнимым проявлениям недоброжелательности со стороны окружающих.

Будучи сами сдержанными во внешних, особенно эмоциональных проявлениях, они ждут того же и от других и рассматривают действия окружающих как неуважительные и оскорбительные, если их ожидания не оправдываются.

Их *болезненная обидчивость* приводит к тому, что иногда они без видимого повода порывает все отношения с мнимым обидчиком, хотя последний может и не подозревать о причинах такого отношения и не давать поводов к нему.

К чести сверхточных личностей их агрессия редко прорывается во вне, поэтому от своих конфликтных черт, прежде всего, страдают они сами, расплачиваясь за них серьезными переживаниями, а зачастую и болезнями – головными болями, бессонницей, сердцебиением.

Коллектив и перманентно-конфликтная личность (тактика поведения).

1. Необходимо с пониманием отнестись к тому факту, что *конфликтность – это не вина такой личности, а ее беда*. Поэтому надо попытаться не принимать близко к сердцу их нередко бесцеремонное поведение.

2. Необходимо понять, что *конфликтная личность – это человек, который рад бы, да не может контролировать свое поведение*.

3. Понимание первого и второго может значительно уменьшить число столкновений и конфликтов в коллективе.

2.2. Ситуативно-конфликтная личность

Жизненные неурядицы и неудачи, крушение планов, потеря жизненной перспективы резко повышает уровень внутренней конфликтности, которая нередко может прорываться вовне.

Внешние конфликты в этом случае выступают как форма снятия внутренних напряжений, как проявление чувства неполноценности

или недовольства собой, выражение неудовлетворенной потребности в самоутверждении.

Ситуативно-конфликтная личность гораздо в большей мере, чем перманентно-конфликтная личность, способна оценивать ситуацию, осуществлять самоконтроль и легче поддается управлению извне.

При нормализации обстоятельств, как правило, нормализуется и их психическое состояние, уровень конфликтности резко снижается.

2.3. Конфликтная личность – руководитель

Это самостоятельный тип конфликтных личностей, который формируется, когда руководитель оказался неподготовленным в личностном плане к руководящей деятельности [2, 5].

Такая личность собственные личностные проблемы и конфликты превращает в проблемы и конфликты коллектива. Вместо того, чтобы осмыслить свои достоинства и недостатки и осознать их как преимущества или, наоборот, ограничения, которые следует учитывать в руководстве другими людьми, такой руководитель сознательно или неосознанно будет использовать коллектив, организационные средства, а, следовательно, и подчиненных ему людей для разрешения собственных внутренних проблем (например, для снятия внутреннего напряжения, комплекса неполноценности, удовлетворения болезненного честолюбия и т.д.).

2.4. Целенаправленно-конфликтная личность

Значительная часть конфликтов в коллективе происходит на долю вполне зрелых и психически стабильных личностей, для которых конфликт является средством для достижения каких-либо целей в коллективе. Их можно назвать целенаправленно-конфликтными личностями.

Если все предыдущие типы конфликтных личностей выступают источником *эмоциональных* конфликтов, то целенаправленно-конфликтная личность порождает только *рациональные* конфликты.

Эту личность отличает глубокое видение и понимание коллектива, знание законов его функционирования и умение целенаправленно использовать его механизм на основе хорошо отработанной техники общения (в том числе и конфликтного) с окружающими.

3. Стили разрешения конфликтов

1. *Уклонение*. Человек, придерживающийся этой стратегии, стремится уйти от конфликта. Эта стратегия может быть уместна, если ситуация может разрешиться сама собой (это бывает редко, но все же бывает), если сейчас нет условий для эффективного разрешения конфликта, но через некоторое время они появятся.

2. Сглаживание. Этот стиль основывается на тезисах «Не стоит раскачивать лодку», «Давайте жить дружно». «Сглаживатель» старается не выпустить наружу признаки конфликта, конфронтации, призывая к солидарности. При этом часто забывается проблема, лежащая в основе конфликта. В результате может временно наступить покой. Отрицательные эмоции не проявляются, но они накапливаются. Рано или поздно оставленная без внимания проблема и накопившиеся отрицательные эмоции приведут к взрыву, последствия которого окажутся дисфункциональными.

3. Принуждение. Тот, кто придерживается этой стратегии, пытается заставить принять свою точку зрения во что бы то ни стало; его не интересует мнение других. Данный стиль *связан с агрессивным поведением*, для влияния на других людей здесь используется власть, основанная на принуждении, и традиционная власть.

Этот стиль может стать эффективным, если он используется в ситуации, угрожающей существованию организации или препятствующей достижению ею своих целей. Руководитель отстаивает интересы дела, интересы организации, и порой он просто обязан быть настойчивым. Главный недостаток использования руководителем этой стратегии – подавление инициативы подчиненных и возможность повторных всплесков конфликта.

4. Компромисс. Этот стиль характеризуется принятием точки зрения другой стороны, но лишь до определенной степени. Способность к компромиссу в управленческих ситуациях высоко ценится, так как уменьшает недоброжелательность и позволяет относительно быстро разрешить конфликт. Но через некоторое время могут проявиться и дисфункциональные последствия компромиссного решения, например, неудовлетворенность “половинчатыми” решениями. Кроме того, конфликт в несколько измененной форме может возникнуть вновь, так как осталась нерешенной породившая его проблема.

5. Решение проблемы (сотрудничество). Этот стиль основывается на убежденности участников конфликта в том, что расхождение во взглядах – это неизбежный результат того, что у умных людей есть свои представления о том, что правильно, а что нет. При этой стратегии участники признают право друг друга на собственное мнение и готовы его понять, что дает им возможность проанализировать причины разногласий и найти приемлемый для всех выход. Тот, кто опирается на сотрудничество, не старается добиться своей цели за счет других, а ищет решение проблемы.

4. Рекомендации по управлению конфликтом

1) Никогда не надо сопереживать отрицательной энергии партнера, так как теряются эмоциональные силы. Пусть «выпустит пар», если есть конфликт и тем более, если его нет [1].

2) Необходимо отрицательную энергию перевести в положительное партнерское русло:

- не надо перебивать, пусть все выскажет;
- помочь высказаться путем дополнительных вопросов.

3) Должна быть жесткая установка: любой человек для меня – учитель, а не враг (он дает мне опыт выхода из конфликта).

4) Попытаться эмпатийно слушать, то есть настроиться на партнера: все свое отодвинуть назад, себя не слушать, а слушать, слышать и услышать партнера.

5) Не употреблять «Нет» – самое конфликтное слово, а также «Вы не правы». Эти слова заставляют искать аргументы своих утверждений. Лучше сказать «Вы правы, но...». Это позволяет не защищаться, а слушать партнера.

6) Остерегаться соскальзывания на личность, то есть сохранять уважение неприкосновенности личности. В ответ на выражения «Вы всегда так себя ведете!», «С вами невозможно работать!» личность начинает обороняться, так как в конфликте она всегда стремится сохранить неприкосновенность.

7) Лучше использовать вопросы, а не утверждения, так как первые вызывают ответы, а вторые – оборону (вопрос невозможно опровергнуть).

8) В ряде случаев необходимо сохранять молчание.

9) Обращение к третьей (авторитетной) стороне, если конфликт не регулируется.

10) Использовать речевые обороты: «Пожалуйста, поправьте меня, если я не прав»; «Я доверяю вам, вашему авторитету, поэтому...(своя точка зрения)»; «Если мы с вами договоримся, то...»; «Если мы с вами не договоримся, то...»; «Мне очень приятно иметь дело именно с вами».

Литература

1. Вишнякова Н.Ф. Конфликт – это творчество? Тренинговый практикум по конфликтологии. - Минск, 1996. - 315 с.
2. Зигерт В., Ланг Л. Руководить без конфликтов. – М.: Экономика, 1990. – 335 с.
3. Иванова Е.Н. Эффективное общение и конфликты. – СПб.: Рига Педагогический центр «Эксперимент», 1997. – 69 с.

4. Прикладная социальная психология / Под ред. А.Н.Сухова и А.А. Деркача. – М.: Изд-во «Института практической психологии», 1998. – 688 с.

5. Секреты умелого руководителя / Сост. И.В. Липсиц. – М.: Экономика, 1991. – 320 с.

6. Швальбе Б., Швальбе Х. Личность, карьера, успех: Пер. с нем. – М.: Прогресс, 1993. – 240 с.

7. Шевандрин Н.К. Социальная психология в образовании: Учеб. пособие. 41. Концептуальные и прикладные основы социальной психологии. – М.: ВЛАДОС, 1995. – 544 с.

ЛЕКЦИЯ 9

ТРЕНИНГ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПРОВИЗОРА

Социально-психологический тренинг как форма развития компетентности в общении при подготовке фармацевтического работника. Овладение приемами профессионального слушания. Процесс слушания. Виды слушания. Преодоление стрессовых ситуаций и выработка эмоциональной устойчивости – важные условия успешной деятельности провизора. Рекомендации по преодолению стрессовых ситуаций. Рекомендации по выработке эмоциональной устойчивости. Самопрезентация. Основы самопрезентации. Техники самоподачи. Несколько советов по самопрезентации.

1. Социально-психологический тренинг как форма развития компетентности в общении при подготовке фармацевтического работника

Тренинг социально-психологических и психотехнических умений, необходимых для общения, заключается в выработке **социально-психологических умений**, связанных с овладением процессами взаимосвязи, взаимовыражения, взаимопонимания, взаимоотношений, взаимовлияний:

- 1) умение психологически верно и ситуативно обусловлено вступить в общение;
- 2) умение поддерживать общение, психологически стимулировать активность партнера;
- 3) умение психологически точно определить «точку» завершения общения;
- 4) умение максимально использовать социальные и психологические характеристики коммуникативной ситуации для реализации своей стратегической линии;
- 5) умение прогнозировать возможные пути развития коммуникативной ситуации, в рамках которой разворачивается общение;
- 6) умение прогнозировать реакции партнеров на собственные акты коммуникативных действий;
- 7) умение психологически настраиваться на эмоциональный тон партнеров по общению;
- 8) умение овладеть и удержать инициативу в общении;
- 9) умение спровоцировать «желаемую реакцию» партнера по общению;
- 10) умение формировать и «управлять» социальным и психологическим настроением партнера в общении [2, 3, 4].

Психотехнические умения, связанные со владением процессами самомобилизации, самонастройки, саморегулирования:

- умение преодолевать психологические барьеры в общении;
- умение снять излишнее напряжение;
- умение эмоционально настраиваться на ситуацию общения;
- умение психологически и физически «пристраиваться» к партнеру по общению;
- умение психологически адекватно ситуации общения выбрать жесты, позы, ритм своего поведения;
- умение мобилизоваться на достижение поставленной коммуникативной задачи.

Программа психотехники общения включает:

- 1) упражнения на снятие мышечных зажимов, мышечных напряжений;
- 2) упражнения на формирование мускульной свободы в процессе общения;
- 3) упражнения на овладение навыками психофизической саморегуляции суггестивным путем;
- 4) упражнения на развитие навыков произвольного внимания, наблюдательности;
- 5) упражнения на развитие навыков невербального (развития) общения;
- 6) упражнения на выполнение простейших коммуникативных действий;
- 7) упражнения на формирование умения управлять вниманием партнеров по общению.

Упражнения на формирование навыков привлечения внимания партнера призваны способствовать овладению такими способами привлечения удержания внимания, как:

- организация в общении эффекта неожиданности, т.е. использование в общении или неизвестной ранее информации или привлечение неожиданностью способа взаимодействия;
- организация «Коммуникативной провокации», т.е. на короткое время вызвать у партнера по общению ситуацию несогласия с изложенной информацией, доводом, аргументом, а затем стимулировать свою позицию и способ ее изложения;
- гиперболизация как способ заострения внимания партнера по общению;
- коммуникативное сопоставление всех «за» и «против» дает возможность организовать, а затем удержать внимание через изложение самых разнообразных, и часть противоположных точек зрения;
- ситуативное интервьюирование через постановку прямых вопросов ставит партнера по общению перед необходимостью включаться в коммуникативную деятельность;

– апелляция к авторитету для поддержания собственных взглядов, выводов;

– организация сопереживания через максимальное использование в общении экспрессивных средств, опоры на ассоциативность восприятия и жизненные интересы партнеров;

– драматизация ситуации общения как столкновение интересов, борьбу партнеров по общению.

Упражнения по формированию навыков переключения внимания партнеров предусматривает овладение такими способами, как:

- проблемно-тематическое переключение;
- событийное переключение;
- ассоциативное переключение;
- ретроспективное переключение;
- интонационное переключение, и т.д.

Упражнения на формирование навыков стимулирования внимания партнеров по общению предусматривает овладение способами:

- эмоциональной поддержки внимания;
- интонационной поддержки внимания;
- прямого вербального стимулирования.

2. Овладение приемами профессионального слушания

2.1. Процесс слушания

Умение слушать является важнейшим условием и залогом продуктивного общения [7, 8].

Слушание – это не только молчание, а процесс более сложный, в ходе которого каким-то образом устанавливаются невидимые связи между людьми, возникает то ощущение взаимопонимания, которое делает эффективным любое общение.

Одним из наиболее важных моментов в любом слушании является *момент обратной связи*, благодаря которому у собеседника и создается ощущение, что он говорит не в пустоту, а с живым человеком, который слушает и понимает его.

В любом высказывании существует два содержательных уровня: информационных и эмоциональный.

Обратная связь может быть также двух видов:

- отражение информации
- отражение чувств говорящего.

Реакции слушателя, приемы слушания бывают следующие:

1. Глухое молчание (видимое отсутствие реакции).
2. Поддакивание («ага», «угу», «да-да», «ну», кивание подбородком).

3. «Эхо-реакция» – повторение последнего слова собеседника).
 - 4 «Зеркало» – повторение последней фразы собеседника с изменением порядка слов.
 5. «Парафраз» – передача содержания высказывания партнера другими словами.
 6. Побуждение («Ну и ... и что дальше?»)
 7. Уточняющие вопросы («Что ты имел в виду?»).
 8. Наводящие вопросы («Что?», «Где?», «Когда?», «Почему?»).
 9. Оценки, советы.
 10. Продолжение (когда слушатель вклинивается в речь и пытается завершить фразу, подсказывает слова).
 11. Эмоции («ух», «ах», «здорово», смех, скорбная мина).
 12. Нерелевантные высказывания (не относящиеся к делу или относящиеся лишь формально).
 13. Логические следствия из высказывания партнера, например, предположить о причине события.
 14. Хамоватые реакции («глупости», «ерунда все это»).
 15. Распрашивание (задает вопрос за вопросом, не объясняя цели).
 16. Пренебрежение к партнеру (не обращает на его слова внимания, не слушает, игнорирует партнера, его слова).
- Обычно в слушании проявляется три такта: поддержка – уяснение – комментирование.
- На *этапе поддержки* основная цель: дать возможность человеку выразить свою позицию
- Уместные реакции слушателя на этом этапе: молчание, поддакивание, «эхо», эмоциональное сопровождение.
- На *этапе уяснения* – цель: убедиться, что вы правильно поняли собеседника. Для этого задают уточняющие, наводящие вопросы, делается парафраз.
- На *этапе комментирования* слушатель высказывает свое мнение по поводу услышанного: дает советы, оценки, комментарии.

2.2. Виды слушания

Активное слушание (АС).

На первый план выступает отражение информации.

Наиболее общепринятым приемом характеризующие АС, является постоянное уточнение правильности понимания информации, которую хочет донести до Вас собеседник путем задания уточняющих вопросов типа: «Правильно я Вас понял, что...?», парафразов: «Таким образом, ты хочешь сказать...» или «Другими словами, ты имел в виду...».

Применение таких простых приемов общения позволяет достичь сразу две цели:

1) обеспечивается адекватная обратная связь, у Вашего собеседника появляется уверенность в том, что передаваемая им информация правильно понята;

2) Вы косвенным образом информируете собеседника о том, что перед ним равный ему партнер.

Применение навыков АС очень поможет Вам, если Вам свойственная позиция «жертвы», т.к. это применение не только сбивает с привычной позиции авторитарного собеседника, но и поднимает до уровня равного разговора, дает возможность сосредоточиться на существенных моментах разговора, а не на собственных переживаниях и опасениях.

АС незаменимо в деловых переговорах, в ситуациях, когда Ваш партнер по общению равен Вам или сильнее Вас, а также в конфликтных ситуациях, когда собеседник ведет себя агрессивно или демонстрирует свое превосходство.

Это очень хорошее средство успокоиться и настроиться самому (и настроить собеседника) на деловую волну, если у Вас возникает желание надерзить Вашему партнеру, развить начавшийся конфликт.

Пассивное слушание (ПС).

Тут важно просто слушать человека, просто давать ему понять, что он не один, что Вы его слушаете, понимаете и готовы поддержать. Лучше всего, при это действует так называемые «угу-реакции»: «да-да», «угу-угу», «ну конечно» и т.д.

Дело в том, что эмоциональное состояние человека, подобно маятнику: дойдя до высшей точки эмоционального накала, человек начинает «спускаться», успокаиваться, затем сила его чувств опять увеличивается, дойдя до высшей точки, она снова падает и т.д.

Если не вмешиваться в этот процесс, не раскачивать маятник дополнительно, то, выговорившись, человек успокаивается, и, почувствовав это, Вы можете уже общаться с ним нормально.

Если эмоции партнера направлены на Вас, главная задача – не зариться от собеседника его эмоциями, не впасть в то же эмоциональное состояние.

3. Эмпатическое слушание (ЭС)

Эмпатическое слушание позволяет переживать те же чувства, которые переживает собеседник, отражать эти чувства, понимать эмоциональное состояние собеседника и разделять его. При ЭС не дают советов, не стремятся оценить говорящего, не морализуют, не критикуют, не поучают.

Существует несколько правил ЭС.

1. Необходимо настроиться на слушателя: на время забыть о своих проблемах. Только в этом случае Вы можете понять то, что чувствует Ваш собеседник, увидеть его эмоции.

2. В своей реакции на слова партнера Вы должны в точности отразить переживания, чувство, эмоцию, стоящие за его высказыванием, но сделать это так, чтобы продемонстрировать собеседнику, что его чувства не только правильно поняты, но и приняты ваши.

3. Необходимо держать паузу. После Вашего ответа собеседнику обычно надо помолчать, подумать. Пауза необходима человеку для того, чтобы разобраться в своем переживании.

4. Необходимо помнить, что ЭС – не интерпретация скрытых от собеседника тайных мотивов его поведения. Надо только отразить чувство партнера, но не объяснять ему причину возникновения у него этого чувства.

5. В тех случаях, когда партнер возбужден, когда беседа складывается таким образом, что партнер говорит «не закрывая рта», а Ваша беседа носит уже достаточно доверительный характер, вовсе не обязательно отвечать развернутыми фразами, достаточно просто поддерживать партнера междометиями, короткими фразами типа «да-да», «угу», кивая головой или же повторять его последние слова.

6. ЭС имеет смысл применять только в том случае, когда человек сам хочет поделиться какими-то переживаниями.

3. Преодоление стрессовых ситуаций и выработка эмоциональной устойчивости – важные условия успешной деятельности провизора

3.1. Рекомендации по преодолению стрессовых ситуаций

«Единственный способ продлить свою жизнь – это ее не укорачивать» П. Брэгг

1. Не позволяйте стрессу овладеть Вами.

Стресс – это своеобразная реакция человека на психическое или физическое напряжение в виде подготовки организма к борьбе или бегству, которая является физиологическим безусловным рефлексом.

Стресс – наш постоянный «попутчик», поэтому с ним нужно считаться и в целях его снятия знать его природу с причины возникновения.

Найденный путь профилактики последствий стресса позволит значительно укрепить психику человека, что крайне важно для того, чтобы он сполна смог испытать ощущение счастья, гармонии и красоты.

2. Узнайте о том, как стресс реагирует на человека.

По Г. Селле стресс:

– все, что ведет к быстрому старению организма или вызывает болезни;

– неспецифические требования к приспособлению организма с целью восстановить его нормальное состояние.

Основные реакции человека на стрессы:

-- частые стрессы, вызванные неблагоприятными факторами (стрессорами), способные привести к истощению всей защитной системы организма и в дальнейшем к психосоматическим заболеваниям;

– пассивность, беспомощность, депрессии как следствия неспособности противостоять стрессу;

– активность защита от стресса в виде волевого ухода от нежелательной ситуации;

– активная релаксация (расслабление), которая подвластна воле.

Факторы, вызывающие стресс (стрессоры), различны, но они пускают в ход одинаковую, в сущности, биологическую реакцию стресса.

Медицинские исследования показали, что организм реагирует на стрессы стереотипно, одинаковыми биохимическими изменениями, назначения которых – справиться с возросшими требованиями к человеческому организму.

3. Регулярно проводите аутодиагностику стресса.

Для того, чтобы управлять своим стрессовым состоянием, нужно осознать причины стрессового напряжения, что позволит перевести поступающие в организм сигналы из сферы эмоциональной (чувства) в сферу рациональную (разум). Все это обеспечит так необходимое психосоматическое равновесие.

Признаки стрессового напряжения:

- частое возникновение чувства усталости;
- невозможность сосредоточиться на чем-то;
- нехарактерное «улетучивание» мыслей;
- довольно часто появление болей (голова, спина);
- неудовлетворение выполненной работой;
- потеря аппетита;
- невозможность вовремя закончить работу.

Причины стрессового напряжения:

- нехватка времени;
- постоянный недостаток сна;
- ощущение неудовлетворенности жизнью;
- постоянные конфликты на работе, в семье;
- комплекс неполноценности.

Что обычно делает человек, когда находится в состоянии кризиса? Либо пребывает в состоянии оцепенения, что наблюдается чаще, либо приходит в активность, что бывает значительно реже.

Исследования подтверждают, что кризис, неудачи в чем-либо являются толчком к тому, чтобы они изменили себя к лучшему и обрели опять же себя в новом качестве.

4. Научитесь в ситуации (стресса) кризиса «переключать» свою активность.

В ситуации естественного кризиса, вызванного внутренними биоритмами, важно не свертывать свою активность, а переключать ее, изменяя свое отношение к проявлениям кризиса.

Если мы не можем изменить обстоятельства, то мы можем изменить отношение к этим обстоятельствам.

5. Помните, что организм не в состоянии излечить себя, пока не будет выключен сигнал тревоги.

Пока организм будет оставаться в состоянии тревоги, он будет направлять 90% энергии на защиту, на отражение атаки, о которой сигнализирует мозг. И лишь 10% ресурсов будет направлено на поддержку нормальной жизнедеятельности. Вот почему для того, чтобы тело начало восстанавливать здоровый баланс, необходимо изменить соотношение энергии, затрачиваемой на защиту и поддержку функционирования организма.

6. Овладейте методами преодоления стрессовых состояний.

Релаксация. С помощью релаксации человек при желании может вмешиваться в любую фазу стресса. Этим можно ослабить стресс и там самым предотвратить психосоматические нарушения в организме. Релаксация, активируя деятельность нервной системы, регулирует настроение и степень психического возбуждения в организме, позволяет ослабить и сбросить вызванное стрессом психическое и мышечное напряжение.

Концентрация. Позволяет преодолеть неумение сосредоточиться, как фактор, тесно связанный со стрессом.

Концентрирующие вопросы:

- Почему не следует осуждать за искреннее заблуждение?
- Почему вовремя споткнувшийся может не упасть?
- Почему идущего судьба ведет, а упирающегося – тащит?
- В какой мере знание того, что считается ответом, равносильно знанию вопроса?

– Почему из двух спорящих виноват тот, кто умнее?

– Почему судьба похожа на своего хозяина?

– Почему не бывает двух более разных людей, чем один и тот же человек?

Ауторегуляция дыхания. Каждый человек, сам того не осознавая, постоянно проводит ауторегуляцию своего дыхания: при физических упражнениях и стрессовых ситуациях дыхание становится затрудненным, при испуге, в напряженном ожидании дыхание задерживается, при смущении – учащается.

Человек имеет возможность, сознательно управляя дыханием, использовать его для успокоения, для снятия напряжения — как мышечного, так и психического.

7. Помните, что девять десятых нашего успеха зависят от здоровья.

Сильный ум в слабом теле в прошлые века приравнивали к непрочной рукоятке. Как бы ни был хорош закон клинка, кем бы ни было остро его лезвие, но, если нет средства для управления им, его ценность утрачивается.

Если человек слаб телом, у него нет физической бодрости, то это проявится во всем, что он будет делать, явится преградой для его успеха.

8. Узнайте о существовании собственных биоритмов.

В жизни каждого человека всегда происходят колебания хороше-го и плохого состояния.

Человек должен познать периоды своих спадов и кризисов, чтобы заранее их предвидеть и по возможности управлять ими.

9. Не забывайте, что существует, как минимум три неудовлетворенности, влияющие на психическое здоровье.

Таковыми являются:

- 1) неудовлетворенность самим собой;
- 2) неудовлетворенность отношениями с окружающими;
- 3) неудовлетворенность от достигнутого (точнее — не достигнутого).

Как показывают исследования, существует несколько проблем, которые не дают покоя современному человеку:

- а) внутренняя уравновешенность и гармония, согласие с самим собой;
- б) взаимоотношения с окружающими;
- в) способность ставить перед собой цели и добиваться их.

Вряд ли чем-либо индивидуальный жизненный опыт может быть прописан так, чтобы он подошел каждому. Не следует забывать, что, к сожалению (а может быть и к счастью), нельзя научить истине, до истины каждый доходит сам.

10. Руководствуйтесь жизненным кредо преуспевающего человека.

Основные жизненные правила (кредо) преуспевающего человека можно сформулировать следующим образом: *профессионального успеха добивается тот, кто:*

- 1) *знает все о немногом и немного обо всем.*

Это значит, что необходимо быть образованным во многих областях человеческого знания, но профессиональным в чем-то одном.

- 2) *во всех своих начинаниях ограничивается максимумом.*

Добиться лучшего результата можно лишь при реализации максимального уровня своих способностей.

3) умеет преуспевать с радостью и ощущением счастья.

Вне ощущения счастья (гедонистическая направленность ощущения жизни) и удовлетворенности в достигнутом успехе, по мнению В.Н. Панкратова, не является таковым.

3.2. Рекомендации по выработке эмоциональной устойчивости

«Мудр не тот, кто не может рассердиться, а тот, кто не хочет быть сердитым». (Лафатер).

1. Овладейте методами ассоциации и диссоциации восприятия окружающей действительности.

Ассоциативный подход – взгляд на ситуацию своими глазами.

Диссоциативный подход – оценка того или иного события как бы со стороны.

2. Стремитесь ассоциировать только с приятными чувствами.

Если ассоциироваться в общении с людьми с приятным чувством и диссоциироваться от всего негативного, то Вы обнаружите рядом с собой замечательных людей.

3. Отдайте предпочтение мотивации достижения удовольствия.

Существует, как минимум, две разновидности удовольствия:

- радость приобретения
- радость избавления.

В результате поведения, стимулируемого двумя перечисленными мотивациями, можно получить два вида удовольствия:

- * удовольствие в результате достижения конструктивной цели;
- * удовольствие избавления от неприятности.

4. Замените негативное мышление на позитивное.

Черты негативного мышления:

- полная свобода и неуправляемость воображением;
- полное отсутствие рефлексии;
- неосознанность умственных операций, порождающих эмоции;
- склонность концентрировать свое внимание на негативных мыслях, переживаниях и образах.

Черты позитивного мышления:

- * позитивное мышление осуществляется на фоне глубокого внутреннего покоя;
- * позитивное мышление требует достаточного уровня сосредоточенности и концентрации внимания на объектах размышления.

5. Осознajte, что Ваши эмоции находятся в прямой зависимости от Вашего мышления.

Наша психика устроена так, что мышление подчиняется нам, а эмоции – нет, скорее они владеют нами. Возможным способом управления собственными эмоциями является управление собственными мыслями. Если эмоции являются непосредственным выражением нашего отношения к действительности, то характер отношения определяется характером мышления.

6. Научитесь управлять чувствами через воображение.

Благодаря воображению у человека возникают определенные эмоциональные переживания. Вот почему тот, кто хочет управлять своими чувствами и поведением, должен научиться контролировать свое воображение.

7. Добейтесь того, чтобы каждый шаг в достижении цели был максимально приятным.

Всякое действие необходимо связывать с предвкушением удовольствия, которое наступает или должно наступить после его исполнения. Не следует забывать, что радости, которые мы испытываем в жизни, оказывают положительный эффект тем, что улучшают настроение, кровообращение, общий тонус нервной системы. Поэтому нужную модель поведения важно закреплять положительными чувствами и переживаниями.

8. Научитесь извлекать особую пользу из переживания неприятных эмоций.

В обиде можно научиться уникальной возможности прощать других.

В стыде реально глубоко познать себя, свои скрытые нравственные возможности, а также особые защитные механизмы ума.

Через переживание вины можно лучше понять ожидания других, ориентированных на себя,

Через переживания зависти обнаружить степень своего тщеславия и гордости.

9. Не забывайте, что многие болезни, связанные с напряжением, происходят от сдерживания эмоций.

У эмоций нет другого выхода, кроме как проявить себя в одной из функций организма. Когда нет выхода напряжению, оно накапливается до тех пор, пока не находит выхода в виде болей головы, спины или спазмов желудка.

10. Когда мучительно больно – плачьте, не стесняйтесь, ибо это снимает напряжение.

Исследования показали, что со слезами происходит удаление некоторых ядов, оказывающих вредное влияние на нервную систему.

11. Позвольте себе хоть иногда «впадать в детство».

Психически иногда полезно «впадать в детство», ибо это улучшает самочувствие, приводит к угашению многих негативных симптомов поведения.

12. Избегайте слов «я не могу».

Это необходимо делать, если нет реальных доказательств, подтверждающих подобный вывод.

13. Избавьтесь от «комплекса неполноценности».

Избавиться от неполноценности можно, лишь осознав то, что «Я – не худший», «Я – не лучший», «Я – это Я и только». Чувство неполноценности исчезнет после того, как только человек перестает мерить свои способности чужими «стандартами».

14. Постарайтесь быть самим собой, но в лучшем виде.

Для этого необходимо мысленно нарисовать самого себя таким, каким хочется стать, и «увидеть себя» в этой роли. Такое видение лучшего самого себя действительно поможет изменить себя к лучшему. Необходимо почаще находить свое лучшее «Я» и подольше оставаться им.

15. Успех способствует успеху.

Мы учимся действовать успешно лишь на собственных успехах. Память о прошлых удачах играет роль своеобразного «банка информации», который придает нам уверенность в собственных силах и способность при решении очередной задачи или проблемы.

16. Стремитесь к тому, чтобы за словом всегда следовало дело.

За словом должно следовать дело, так как его отсутствие порождает обесценивание слов. Это, в свою очередь, порождает неверие в возможность выполнения дела, что и формирует пассивность [5, 6].

4. Самопрезентация

В настоящее время одним из основных компонентов психолого-педагогической подготовки провизора является формирование умения *представить себя на рынке труда*.

Знание и понимание провизором сильных и слабых сторон своей личности, своего внутреннего потенциала во многом определяет раскрытие своих творческих возможностей в профессиональной деятельности.

Резюме – профессиональный портрет претендента на должность.

Структура:

- заголовок (Ф.И.О., адрес, № телефона);
- цель (занятие должности с перспективой профессионального роста);
- образование;
- опыт работы;
- интересы (тесная связь с профессией);
- личные данные (семья, состояние здоровья);
- дополнительные навыки (иностранные языки);

– рекомендации (с кем из известных людей сотрудничал).

4.1. Основы самопрезентации

Многие из нас больше всего боятся именно собеседования при приеме на работу. И совершенно напрасно. Ведь *собеседование – это наилучший способ продемонстрировать работодателю свои лучшие качества*. Собеседование куда более гибкая форма проверки работника, чем, например, анкетирование или тестирование. Необходимо использовать эту гибкость с пользой для себя [1].

Тем не менее, *страх перед собеседованием* характерен для большинства кандидатов. Причины понятны. Ведь чаще всего мы боимся именно неизвестности – а что нас там ждет за этой ужасной дверью? Можно утвердительно сказать: ничего страшного! В большинстве случаев Вас там будет ждать вежливый и приветливый человек, который всего лишь захочет узнать о Вашей способности выполнять конкретную работу. И ничего более!

Если Вы испытываете тревогу перед началом интервью, *попытайтесь привести себя в более-менее устойчивое равновесие*. Вам это крайне необходимо, чтобы сохранить силы и нервы. Страх ни в коем случае не должен стать угнетающим. Ведь постоянная тревога вносит в нашу жизнь различного рода ограничения, вызывает чувство подавленности, разрушает веру в себя. И потом, не являться же перед светлыми очами работодателя мрачным, ни во что не верящим страдальцем. Вряд ли Вы тогда кого-либо заинтересуете.

Еще помните о том, что отношение к Вам интервьюера вовсе не сводится к позиции: «Давайте-ка узнаем, в чем этот лопух некомпетентен?» Скорее он будет стремиться к тому, чтобы выяснить: «А вдруг это действительно тот человек, который нам нужен?»

И еще один совет: *не относитесь слишком серьезно к возможным неудачам*. Они неизбежны. Воспринимайте их как данность. Помните, что среднестатистическое соотношение неудачных и удачных собеседований составляет двадцать к одному (под удачным понимается такое собеседование, после которого Вам предложат работу). К этому нужно относиться абсолютно нормально. Подготовьте себя к тому, что из двадцати посещенных Вами интервью будет только одно удачное. И чем быстрее Вы наберете двадцать отказов, тем скорее Вы доберетесь до своего успеха. «Дорогу осилит идущий», – говорили древние.

Один из лучших способов снизить волнение – *хорошенько подготовиться к собеседованию*. Разузнайте подробнее об организации, в которую собираетесь устраиваться. Проведите пару тренировочных занятий с друзьями. Пускай они сыграют роль злобных и хищных ра-

ботодателей. Заранее подготовьте ответы на наиболее вероятные вопросы.

Советы вроде бы простые и банальные. Однако опыт свидетельствует: очень многие кандидаты напрочь забывают старую истину, что *лучший экспромт – это заранее подготовленный экспромт*. Собираясь на собеседование, они часто рассчитывают на извечное русское «авось». Мол, повезет – очень хорошо, не повезет – пошли они все... В то же время список вопросов, наиболее часто встречающихся на собеседовании, не так велик. Совсем не трудно заранее подготовить ответы на них, чтобы во время интервью чувствовать себя спокойно и уверенно.

Вопросы, которые Вы встретите в каждом интервью:

- Расскажите немного о себе.
- Как Вы могли бы описать самого себя?
- Расскажите о Вашем последнем месте работы.
- Расскажите о Вашем бывшем начальнике.
- Причина увольнения с предыдущего места работы.
- Почему Вы хотите работать именно у нас?
- Какое отношение Ваше образование или трудовой опыт имеют к данной работе?
- Каковы Ваши сильные стороны?
- В чем заключаются Ваши главные недостатки?
- Какого типа работу Вы больше всего любите (не любите) выполнять?
- Что Вам нравилось больше всего, а что меньше всего на Вашей прежней работе?
- Какова была Ваша самая серьезная ошибка на прежней работе?
- Каковы Ваши интересы вне работы?
- Каковы Ваши цели в жизни?
- Как Вы планируете их достичь?
- Что бы Вы хотели изменить в своем прошлом?
- На какое жалование Вы рассчитываете?
- Что Вы будете делать, если... (далее обычно следует описание какой-либо критической ситуации из Вашей деятельности)?

Важно, чтобы стратегия ваших ответов была как можно более сконцентрирована на самой работе, которую Вы ищите, и на Ваших возможностях справиться с нею, и тогда неважно, с какими вопросами Вам придется столкнуться на собеседовании.

Если Вас спрашивают о Ваших сильных сторонах, говорите о том, что имеет непосредственное отношение к предполагаемой работе. Если спрашивают о слабостях, упоминайте только те недостатки, которые являются продолжением Ваших достоинств, опять же связанных с работой (например, Вы привыкли уж слишком усердно рабо-

тате, Вас беспокоит, что Вы уж очень много внимания уделяете деталям в процессе работы и т. п.)

Если Вас спрашивают о том, с чем Вам не удавалось справиться в прошлом, или о какой-то особо неприятном эпизоде Вашей биографии (увольнение, судимость, неудачи в учебе), будьте готовы показать, какой урок Вы из всего этого извлекли. Расскажите, что этот урок вам пошел в прок, что Вы научились преодолевать преграды на своем пути и собственные недостатки, что сегодня Вы чувствуете себя готовым к более сложной работе.

При подготовке ответов обязательно обратите *внимание на манеру своей речи*. Вы должны говорить спокойно и уверенно – как опытный специалист, знающий себе цену. Нерешительного человека можно узнать по его неуверенным высказываниям, избыточными эвфемизмами, «смягчающими» речь: «достичь определенных успехов» вместо «стал лидером», «не очень рад» вместо «разозлился».

Создают впечатление неуверенности *квалификаторы* – «как бы», «всего лишь», «немного», «судя по всему». О говорящем так кандидате создается впечатление как о слабом человеке, непригодном для серьезной и ответственной работы.

Понижают впечатление также *самоуничижительные высказывания* типа «я не оратор», «я еще малоопытный специалист», «я – человек новый».

Если хотите, проверьте себя на предмет того, как Вы умеете преподнести себя. Запишите свою «самопрезентацию» на магнитофон, а затем прослушайте запись. При необходимости подкорректируйте свою речь в сторону большей решительности и определенности.

До сих пор мы рассматривали только вопросы работодателя. Но любое собеседование -- это всегда диалог. Не бойтесь задавать вопросы своему интервьюеру.

Во-первых, Вам действительно нужно побольше узнать о характере предстоящей работы, если Вы хотите ее получить.

Во-вторых, правильно сформулированные вопросы свидетельствуют о Вашей компетентности и демонстрируют Вашу заинтересованность в получении рабочего места. Вот *несколько вопросов, которые разумно задать тому, кто будет проводить собеседование с Вами*.

– Как будет примерно выглядеть мой рабочий день?

– Кому я непосредственно буду подчиняться? Могу ли я с ним встретиться?

– Будет ли кто-то в подчинении у меня? Можно ли мне с ними встретиться?

– Почему это место оставил прежний работник?

– В чем заключается главная проблема этой работы?

— Какие имеются возможности для служебного и профессионального роста?

Внимательно выслушайте ответы собеседника, а затем обязательно упомяните о чем-нибудь из Вашего профессионального или жизненного опыта, что имеет к этому непосредственное отношение.

Возможно, Вы обратили внимание, что вопросы о заработной плате не включены в указанный выше перечень. Помните роман «Мастер и Маргарита» Михаила Булгакова? — «Никогда ничего у них не проси. У тех, кто сильнее тебя, сами все предложат и сами все дадут...».

Если Вы заинтересуете работодателя, он сам захочет обсудить с Вами вопрос оплаты. В центре Ваших вопросов и ответов должно быть то, что Вы можете сделать для организации, а не то, сколько Вам будут платить.

4.2. Техники самоподачи

Теперь рассмотрим, как влияют различные факторы на создание образа делового человека, из чего состоит умение «подать себя». Психологические эксперименты показали, что *50% устойчивого мнения о человеке формируется в течение первой минуты общения.*

Как бы долго не длилась беседа, положительное или отрицательное мнение о кандидате складывается в течение первых 3-4 минут разговора. После этого интервьюер задает вопросы в зависимости от сложившегося мнения: при положительном — позволяющие человеку раскрыться с лучшей стороны, при отрицательном — «на засыпку». То есть интервьюер сознательно или неосознанно создает условия, чтобы его первоначальное мнение было подкреплено последующими фактами. Все это свидетельствует об *исключительной важности благоприятного первого впечатления.*

На создание впечатления о Вас влияют не только Ваши слова, но и то, как Вы их произносите. Многие кандидаты даже не догадываются, как много информации о них можно узнать по невербальным сигналам: мимике, позе, движениям конечностей. По манере поведения специалист может выяснить очень много о Вашей личности и о Вашей приспособленности к жизни.

При подготовке к интервью психолог Элери Сэмпсон советует *проверить собственный язык тела.* Внимательно проанализируйте следующие особенности своего поведения:

- Как Вы используете свою улыбку?
- Стоите (или сидите) ли Вы прямо?
- Есть ли у Вас зрительный контакт с собеседником?
- Не выглядите ли Вы нервным?
- Как Вы используете свои руки?
- Как Вы входите в комнату?

– Является ли Ваше рукопожатие сильным и деловым?

– Стоите ли Вы слишком близко или слишком далеко к людям, когда говорите с ними?

– Дотрагиваетесь ли Вы к человеку, когда говорите с ним?

Существуют отрицательные и положительные сигналы, влияющие на формирование впечатления о Вас.

Положительные сигналы.

– Сидите (стоите) прямо, немного подавшись вперед, с выражением настоящего интереса.

– Во время разговора спокойно и уверенно смотрите на говорящего.

– Фиксируете на бумаге ключевые моменты беседы.

– Когда Вы слушаете, у Вас имеет место «открытая поза»: руки на столе, ладони вытянуты вперед.

– Используете «открытые жесты»: руки открыты или подняты вверх, словно Вы растолковываете какую-то мысль своим коллегам.

– Улыбаетесь и шутите, чтобы снизить напряжение.

Отрицательные сигналы.

– Ерзаете на стуле.

– Смотрите не на говорящего, а разглядываете потолок или вывески за окном.

– Чертите бессмысленные линии.

– Отворачиваетесь от собеседника и избегаете встречаться с ним взглядом.

– Скрещиваете руки на груди и закладываете ногу за ногу (защитная поза).

– Используете закрытые, угрожающие жесты, например, машете указательным пальцем, чтобы отстоять свое мнение.

– Сидите с безучастным видом, ворчите или скептически ухмыляетесь.

В данной ситуации очевидной вещью является выбор одежды, которая должна соответствовать ситуации. Всем известно, что по одежке встречают. По ней же (вопреки известной поговорке) часто и прощаются. Это значит, что не стоит являться на собеседование в солидную организацию (фармацевтическую фирму, преуспевающую аптеку), будучи облаченным в мятые джинсы и с серьгой в ухе.

Существует такое понятие как «корпоративная культура». Она выражается, в частности, и в том, что служащие разных организаций одеваются совершенно по-разному. Если стиль Вашей одежды не будет соответствовать принятому в данной организации, Вы моментально будете классифицированы как «чужак», не соответствующий нормам корпоративного поведения и не разделяющий их ценности. А *чужак всегда потенциально опасен.*

Дело в том, что деление на «свой — чужой» очень глубоко сидит в людях. Недаром на языке многих туземных племен и сегодня понятия «чужой» и «враг» обозначаются одним и тем же словом. Поэтому постарайтесь максимально соответствовать корпоративному стилю, который принят в данной организации.

Если материальное положение не позволяет Вам выглядеть так, как хотелось бы, не огорчайтесь. Сделайте основную ставку на *скромность* и *опрятность*. Это приветствуется абсолютным большинством работодателей. Аккуратность в одежде у них очень часто ассоциируется с опрятностью в делах.

Многие кандидаты полагают, что дорогая и стильная одежда придаст им на собеседовании дополнительный «вес» и внушительность. Это не совсем так. Независимо от того, что на Вас надето, опытному интервьюеру обычно требуется менее десяти вопросов, чтобы определить Ваш реальный социальный статус, приблизительный уровень доходов, образование.

По акцентам и манере речи опытный специалист моментально распознает не только национально-географическое происхождение, но и вещи более интимные — семейное положение, сексуальные предпочтения, хронические болезни.

Поэтому значение имеет не стоимость Вашей одежды, а ее соответствие принятым в организации стандартам. Вы должны выглядеть «своим» для будущих коллег. Вспомните клич Маугли: «*Мы с тобой одной крови...*». Ваша одежда должна демонстрировать нечто подобное.

Гораздо большее внимание следует уделить *обуви*. Вопреки распространенным стереотипам, именно по обуви (а не по одежде), интервьюеры делают далеко идущие выводы и предположения относительно кандидата.

Отдельные детали во внешнем облике человека могут значительно воздействовать на *формирование первого впечатления*.

Так, длинные волосы у мужчин наделяют их обладателя в глазах окружающих некой интеллигентностью, склонностью к умственному труду. Наоборот, короткая стрижка наводит на мысли о спортивных занятиях. Стрижка «под бокс» однозначно причисляет ее обладателя к «братве». Человек, носящий очки, окружающим представляется более интеллигентным, трудолюбивым, надежным и в то же время в меньшей степени наделенным чувством юмора, чем он же, но без очков. Положительное воздействие очков широко используется в деловом мире, где многие деловые люди носят очки без диоптрий (и без затемнения) только для того, чтобы произвести лучшее впечатление.

На собеседовании часто встречаются кандидаты (и мужчины и женщины), носящие *перстни*. Если перстень очень дорогой — это может быть расценено как высокомерное желание превзойти окру-

кандидата. Если не очень дорогой — указывает на тщеславие, но ограниченность финансовых возможностей обладателя. И то и другое отрицательно влияет на имидж кандидата. Поэтому давно действует следующее правило: из украшений рекомендуется только обручальное кольцо.

4.3. Несколько советов по самопрезентации

Ключом к превращению предложений, которые просто описывают деятельность, в предложения, которые создают впечатление о конкретных достижениях, является *правильный выбор глаголов*. Существует форма глагола, вызывающая у слушателя представление о вполне реальных результатах.

Например, *выполнил, разработал, увеличил, инициировал, создал, сделал* и т.п. Это глаголы совершенного вида. Другие же глаголы и словосочетания с глаголами являются более нестреленными по отношению к результату деятельности. Такие глаголы, как *работал, от-вечал, участвовал*, дают представление скорее о выполняемых функциях, чем о достигнутых результатах. Такие глаголы являются глаголами несовершенного вида. Использование совершенных глаголов позволяет кандидату создавать иллюзию конкретных успехов при выполнении какой-либо работы.

Создает впечатление уверенности и *правильная осанка*, которая делает любого человека стройнее. Наоборот, плохая осанка производит впечатление расхлябанности, несобранности и неуверенности. Чтобы создать о себе благоприятное впечатление, осанка должна быть не одеревенелая, а легкая, пружинистая и всегда прямая. Голова при этом слегка приподнята, плечи расправлены. Старайтесь всегда стоять и сидеть прямо.

Здороваясь, нужно непременно внимательно посмотреть в *глаза* человеку. Чем более персонифицировано, чем менее избито приветствие, тем лучше оно воспринимается. В частности, никогда не стоит упускать возможности лишний раз *назвать человека по имени*.

Необходимо помнить, что по *рукопожатию* складывается первое впечатление о человеке. Слишком короткое рукопожатие с очень сухой ладонью свидетельствует о безразличии. Слишком влажная ладонь указывает на нервозность, сильное волнение. Сопровождающееся широкой улыбкой рукопожатие, чуть более продолжительное, чем обычно, — проявление дружеского расположения. Однако чрезмерное задерживание руки партнера в своей воспринимается как назойливость.

В деловых разговорах вообще и на собеседовании в частности следует избегать использовать *американизмы* типа «вау», «о кей», «йес», «ноу проблем» и т.д. В России (в Республике Беларусь в том

числе) многим деловым людям эта привычка не нравится, они видят в этом низкопоклонство перед Америкой.

Кстати, отдельные слова из другого языка обычно употребляют люди, плохо говорящие на нем. Те, кто в совершенстве знает иностранный язык (переводчики, топ-менеджеры, дипломаты и т.д.), никогда не вставляют слова из одного языка в другой. Поэтому наличие (отсутствие) иностранных слов-паразитов свидетельствует об уровне деловой культуры и степени владения иностранным языком.

Литература

1. Джеймс М., Джонгвард Д. Рожденные выигрывать. Транзакционный анализ с гештальт-упражнениями: Пер. в англ. / Общ. ред. и послесл. Л.А. Петровской. – М.: Прогресс, 1993. – 336 с.
2. Зарайский Д.А. Управление чужим поведением. Технология личного психологического влияния. – Дубна: Издательский центр «Феникс», 1997. – 272 с.
3. Игры – обучение, тренинг, досуг... Книга 6. На пути к совершенству. Книга 7. Искусство экспромта / Под ред. В.В. Петрусинского. – М., 1995. – 85 с.
4. Казанский О.А. Игры в самих себя. – М.: Роспедагентство, 1995. – 127 с.
5. Овчинников Б.В., Павлов К.В., Владимирова И.М. Ваш психологический тип. – СПб.: «Андреев и сыновья», 1994. – 235 с.
6. Панкратов В.Н. Психотехнология управления собой (практическое руководство). – М.: ТЦ «Сфера», 1998. – 128 с.
7. Прутченков А.С. Тренинг коммуникативных умений: Методические разработки занятий. – М.: Новая школа, 1993. – 49 с.
8. Сизанов А.Н. Психологические игры: какие мы на работе и дома. – В 2-х частях. – Мн.: «Изограф», 1992. – 232 с.

ЛЕКЦИЯ 10

ЭТИКА ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПРОВИЗОРА И ВРАЧА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

Сохранение здоровья и благополучия пациентов – общая цель и основа взаимоотношений фармацевтических и медицинских работников. Врач как главное звено в лечебно-диагностическом процессе. Провизор как помощник врача в лечебно-диагностическом процессе. Гармоничность взаимодействия провизора и врача как гарант качества оказания помощи населению.

Роль клинического провизора в фармакотерапии. Предпосылки введения профессии «клинический провизор». Деятельность клинических фармацевтов на Западе. Клиническая фармация в России и Республике Беларусь.

1. Сохранение здоровья и благополучия пациентов – общая цель и основа взаимоотношений фармацевтических и медицинских работников

Двести лет назад на улицах Парижа между аптекарями и врачами проходили кровавые столкновения. Дело доходило до смертоубийства, а все потому, что каждый «цех» чувствовал в другом конкурентов. Сегодня врачи и провизоры ограничиваются столкновениями мнений, причем все чаще находят компромисс.

При централизованной системе управления здравоохранением взаимодействие врачей и фармацевтов в процессе оказания лекарственной помощи осуществлялось строго в рамках профессиональных обязанностей, утвержденных законодательством [2, 4].

Рыночные отношения и реформы в здравоохранении внесли коррективы в процесс взаимодействия врачей и фармацевтов.

Главным во взаимоотношениях медицинских и фармацевтических работников является *общая цель*, ради которой они трудятся – *помощь в сохранении здоровья и благополучия пациентов.*

Врач несет важнейшую нагрузку при:

- постановке диагноза;
- назначении лекарственных средств;
- контроле за проведением лекарственной терапии.

Задача фармацевтического работника:

- обеспечить лечебный процесс высокоэффективными и безопасными ЛС по доступным для пациента ценам;
- предоставить врачу полную информацию о свойствах и особенностях назначенных препаратов, их синонимах, об их совместимости с другими ЛС.

1.1. Врач как главное звено в лечебно-диагностическом процессе

В современных условиях, когда средства массовой информации, не только профессиональные, но и непрофессиональные в изобилии рекламируют ЛС, врачи не ждут поступления информации от фармацевтов (хотя с последних никто не снимал ответственности за своевременное обеспечение врачей информацией о ЛС), а сами пополняют свои знания о ЛС, зачастую ограничиваясь только эффективно подаваемой неполной информацией о них в прессе.

Иногда врач, отлично зная все свойства препарата, оказывает сознательно помощь иностранной фирме в его внедрении на фармацевтическом рынке. Это несовместимо с этическими принципами профессии – врач не должен заниматься продвижением ЛС конкретной фирмы [2, 6].

Оптимальная лекарственная терапия должна быть:

- безопасной;
- эффективной;
- адекватной;
- доступной (в плане стоимости);
- экономически эффективной;
- индивидуально разработанной;
- удовлетворять потребности пациентов.

Для предоставления оптимальной лекарственной и доступной информационной базы, которая создается в ходе базовых, клинических, фармацевтических и других научных исследований, ***врачам и фармацевтам надо полнее использовать имеющиеся знания в рамках их профессиональных обязанностей для:***

- 1) обеспечение своевременной и эффективной лекарственной терапии;
- 2) снижение ее нежелательных побочных эффектов.

Для проведения лекарственной терапии врач должен использовать только те лекарственные препараты, которые разрешены к применению в медицинской практике на территории РБ.

При принятии решения о проведении лекарственной терапии врачу необходимо:

- * оценить состояние здоровья пациента;
- * диагностировать заболевание;
- * определить необходимость применения лекарственной терапии;
- * дать рекомендации в соответствии с существующими стандартами и практикой лекарственной терапии (ЛТ);
- * вести соответствующие требования документации.

Назначая больному лекарственное средство, врач выписывает рецепт по утвержденным Минздравом РБ правилам оформления рецептов.

Для скорейшего проведения больному ЛТ в соответствии с назначением врача последний должен знать ассортимент лекарственных средств в ближайших аптечных учреждениях.

Для уяснения своих обязанностей провизор должен знать, что *при назначении лекарственных средств врачи обязаны:*

1) предупредить больного о возможных побочных действиях, ожидаемом результате лечения, о необходимости строгого выполнения врачебных назначений;

2) оценивать реакцию пациента на производимую ЛТ и выявлять неблагоприятные реакции на применение лекарственных средств в ходе контроля за проведением ЛТ;

3) в случае необходимости скорректировать план лечения;

4) предоставлять пациентам и лицам, которые осуществляют уход за ними, конкретную информацию о диагнозе, целях лечения;

5) объяснить пациенту дозировки, правила приема лекарственных средств (ЛС) в сочетании необходимой диеты.

Врач не должен в корыстных целях пропагандировать ЛС какой-либо фирмы. Информационная рекламная деятельность не должна ставиться в зависимость от финансовых или материальных выгод, которые могут предоставляться практикующим врачам, а врачи не должны искать подобных выгод, ибо они могут оказывать влияние на назначение ЛС.

1.2. Провизор как помощник врача в лечебно-диагностическом процессе

Обязанности фармацевтического работника при проведении ЛТ вытекают из *задачи*, стоящей перед ними в этом процессе – *помочь врачу в выборе им необходимого ЛС для проведения ЛТ* [6].

Для этого провизор, работая в тесном контакте с врачом, принимает участие:

1) в совместном рациональном выборе наиболее эффективных ЛС и их лекарственных форм;

2) в выборе оптимальной дозы препарата конкретного больного с учетом его состояния, индивидуальной реакции на ЛС, а также в выборе рациональной схемы лечения, способа применения и времени приема ЛС;

3) в правильном определении потребности в ЛС для бесперебойного обеспечения льготных категорий граждан и обслуживаемого данным ЛПУ населения;

4) в снижении полипрагмазии до разумного минимума с учетом совместимости ЛС;

5) в регулировании спроса на ЛС с учетом состояния отечественного фармацевтического рынка, внедрения новых ЛС и т.д.;

6) в быстром освоении изменений номенклатуры ЛС в соответствии с новыми методиками лечения заболеваний [7].

Фармацевтический работник обязан:

1) строго соблюдать все правила изготовления, хранения, выпуска ЛС;

2) обеспечить пациента теми ЛС, которые им назначил врач согласно выписанному рецепту. В случае их отсутствия проинформировать врачей об имеющихся в аптеке аналогичных по действию ЛС, о соответствии их химического состава и дозировки;

3) во всех случаях затруднения при изготовлении ЛС и невозможности обеспечить больного выписанным врачом лекарством должен информировать врача и совместно с ним принять решение о дальнейшем проведении ЛТ.

При рецептурном отпуске фармацевтический работник не должен:

1) подменять врача в выборе ЛС;

2) предлагать пациенту ЛС по своему усмотрению;

3) оставлять без внимания допущенные медицинскими работниками ошибки и неточности;

4) оставлять без внимания несоблюдение установленных правил выписывания рецептов и неправильно указанные дозировки ЛС, выявленные им несовместимости ЛС;

Все ошибки должны быть обсуждены с врачами, при этом критика должна быть аргументированной и доброжелательной.

1.3. Гармоничность взаимодействия провизора и врача как гарант качества оказания помощи населению

В процессе лекарственной терапии ***врачами и провизорами должны быть решены следующие вопросы:***

1. Цель терапии: назначение конкретных ЛС.

2. Учет особенностей взаимодействия ЛС.

3. Контроль за выполнением назначением ЛС.

4. Выявление побочных эффектов от применения ЛС, их своевременное устранение.

5. Использование имеющейся информации о пациенте, его реакция на ЛС [2].

Совместными задачами провизора и врача при реализации прав граждан в сфере здравоохранения вне зависимости от их социального статуса, уровня дохода и места жительства являются:

1. Обеспечение всеобщности лекарственной и медицинской помощи.

2. Обеспечение социальной справедливости.

3. Обеспечение доступности лекарственной и медицинской помощи.

Врачи и провизоры не должны:

- допускать бестактных высказываний по отношению друг к другу;
- умолять достоинства друг друга;
- допускать негативных высказываний в адрес друг друга в присутствии пациента.

Врач уделяет основное внимание:

- оценке состояния здоровья;
- постановке диагноза;
- выбору оптимального ЛС;
- дозировке ЛС;
- способу применения ЛС.

Провизор уделяет основное внимание:

- эффекту воздействия ЛС;
- взаимодействию ЛС;
- выявлению негативного действия ЛС.

Провизор и врач должны *работать как коллеги*, с уважением относиться к опыту и знаниям друг друга. При этом, важное значение имеет *четкое взаимодействие* в рамках их профессиональных обязанностей [3].

2. Роль клинического провизора в фармако терапии

2.1. Предпосылки введения профессии «клинический провизор»

В конце 50-х гг. XX века начался бурный рост количества ЛС промышленного производства, применяемых для лечения больных

Лекарственный бум поставил в весьма затруднительное положение врача. Стал очевидным факт, что *врачам не хватает:*

- 1) знаний о химических свойствах ЛС, их взаимодействии друг с другом и химическими веществами биологических структур организма, компонентами пищи;
- 2) знаний о взаимозаменяемости ЛС, фармакокинетике и фармакодинамике, биологической доступности;
- 3) знаний об оптимальных схемах и режимах лекарственной терапии (особенно комплексной).

Выходом из сложившейся ситуации являлось включение в структуру здравоохранения специалистов нового типа, занимающих промежуточное положение между врачом и провизором и являющихся посредником между врачом и больным – клинических провизоров (фармацевтов, фармакологов) [1].

Подтверждением необходимости введения специальности «клинический фармацевт (провизор) служат многочисленные факты.

1. Мировой фармацевтический рынок ЛС ежегодно увеличивается в среднем на 10-12%. К 2000 году по сравнению с 1990 годом фармацевтический рынок обновился на 60%. Такими же темпами увеличивается потребление ЛС.

2. В развитых странах смерть от лекарств выходит на 4-6 место.

3. Среди всех отравлений 58% составляют медикаментозные.

4. В условиях стационарного лечения у 18-30% больных наблюдаются отрицательные побочные реакции и осложнения.

5. Врачебные ошибки при проведении лекарственной терапии:

- несвоевременное назначение лечения;
- неправильный выбор ЛС;
- неадекватный режим дозирования;
- отсутствие учета возможного взаимодействия между ЛС;
- недостаточный контроль за действием ЛС;
- полипрагмазия и фармакомания.

Необоснованное одновременное назначение большого числа препаратов (*полипрагмазия*) значительно повышает вероятность их отрицательного побочного действия.

Нерациональное бесконтрольное применение непроверенных фармакологами комбинации ЛС уже принесло немалый вред здоровью людей.

2.2. Деятельность клинических фармацевтов на Западе

Мировая практика показала, что в современных условиях безопасность, эффективность и экономичность лекарственного лечения можно обеспечить, объединив усилия врача и клинического фармацевта.

Наибольшего уровня развития клиническая фармация достигла в США. В этой стране почти все лечебные учреждения имеют должности *клинических фармацевтов*, в обязанности которых входит:

- 1) консультация врачей в области лекарствоведения и рационального применения ЛС;
- 2) участие вместе с врачами в назначении ЛС;
- 3) осуществление контроля за правильностью фармакотерапии;
- 4) несение юридической ответственности за правильность рекомендаций по лекарственному лечению.

Деятельность клинических фармацевтов:

- способствует значительному снижению числа случаев побочного отрицательного действия ЛС;
- дает выраженный экономический эффект.

Введение в больницах США *фармакокинетического контроля за концентрацией ЛС в сыворотке крови* позволило сделать фармакотерапию еще более эффективной и безопасной. Снизилось число случаев отрицательного действия ЛС,

В обязанности клинических фармацевтов многих стран входит также консультирование больных о ЛС в амбулаторных условиях.

Необходимость этого очевидна: установлено, что, например, во Франции 15% мужчин и 38% женщин прибегают к самолечению, а 70% из них нарушают режим терапии. Все это отрицательно влияет на успех фармакотерапии и здоровье населения.

Как относятся медицинские работники к деятельности клинических фармацевтов? Специальные исследования, проведенные в больницах Англии, показали, что клинические фармацевты имеют высокий авторитет у врачей – их коллег по совместному лечению больных. ***Врачи в подавляющем большинстве случаев:***

1) согласны с рекомендациями клинических фармацевтов;

2) отмечают, что присутствие клинического фармацевта в лечебном заведении положительно оценивается врачами, средним медперсоналом и больными;

3) считают, что рекомендации клинических фармацевтов по лекарственной терапии, как правило, учитываются врачами, которые вносят коррективы в свои назначения.

90% врачей оценивают работу клинических фармацевтов как хорошую или отличную.

Какова потребность системы здравоохранения в специалистах по клинической фармации?

В США, имеющей высокоэффективную систему здравоохранения в 1986 году работало более пяти тысяч фармацевтов занятых в области клинической фармации. При этом число вакансий клинических фармацевтов в 1987 году составило около 1950. Общее число больниц, обслуживающих микрорайоны США – около 5 600.

Эти цифры не включают значительного числа клинических фармацевтов, работающих в специализированных центрах и амбулаторном звене здравоохранения. За последние 10 лет в США резко возросла роль клинических фармацевтов в амбулаторном лечении больных.

Высокая потребность в специалистах по клинической фармации в США обеспечивается их подготовкой в 68 фармацевтических колледжах, в которых клиническая фармация признана в качестве специальной дисциплины.

2.3. Клиническая фармация в России и Республике Беларусь

В России формирование идей о подготовке клинического провизора началось в 70-е годы XX века. Затем эти идеи развивались дальше и практически осуществились в преподавании основного содержания *клинической фармации* провизора общего профиля на кафедрах фармакологии высших медицинских заведений (институтов, академий, университетов).

Дополнительно создаются *два специальных курса* – патология и фармакотерапия – с целью развития у клинических провизоров *клинико-фармакологического мышления* путем усвоения ими основных представлений о болезнях, путях лечения их и установления при этом профессиональных коммуникаций между фармацией и медициной [5].

В связи с развитием логики фармацевтической фармакологии, потребностями практики возникла новая программа додипломной подготовки клинического провизора-консультанта в рамках нового учебного плана обучения провизоров общего профиля (ММА им. Сеченова).

Вопрос о подготовке клинического провизора по заданному образцу с длительным сроком обучения представляется рациональным осуществить в ближайшем будущем.

Новая программа способствует:

- укреплению междисциплинарной связи между фармацией и медициной, между провизором и врачом;
- успеху фармацевтической индустрии, фармаковалеологии, фармакопрофилактике, индивидуализированной фармакотерапии;
- целенаправленному выбору адекватных ЛС.

Клинический провизор предназначен для осуществления *консультативно-информационной помощи врачу* в проведении рационального выбора и назначения ЛС *с целью:*

- 1) повышения эффективности и безопасности фармакотерапии;
- 2) консультации провизоров и населения в области лекарствоведения и преодоления наркомании, токсикомании, фармакомании, несовместимости экологической опасности.

Клинический провизор должен знать основы фундаментальных фармацевтических биологических, организационных дисциплин в объеме, необходимом для оперативного решения производственных и исследовательских задач.

Клинический провизор должен уметь:

- 1) осуществлять поиск новой информации, требующей умения работать в библиотеке, быстро ориентироваться в современных справочниках о ЛС с различными принципами классификации их;
- 2) классифицировать ЛС на основе химической структуры, фармакологических свойств, фармакотерапевтического применения;
- 3) определять химические, фармакологические и фармакотерапевтические аналоги;
- 4) использовать данные фармакокинетики ЛС и клинической фармакологии для проведения сравнительной оценки нового ЛС с традиционными по показаниям эффективности и безопасности;
- 5) осуществлять выбор ЛС, лекарственной формы, оптимального способа введения ЛС, составлять проекты схем курсового введения;

6) решать вопросы совместимости и несовместимости ЛС между собой и составными частями пищи;

7) решать вопросы переносимости препаратов организмом с учетом наличия у пациента аллергии к ним;

8) заменять отсутствующий препарат в аптеке и аптечной сети фармацевтическим, фармакологическим или фармакотерапевтическим аналогом;

9) осуществлять оценку экологической безопасности природных и синтетических ЛС на основании химических, фармакологических и токсикологических исследований;

10) организовать и проводить мероприятия по информации об ЛС;

11) оформлять заявку на ЛС с использованием прикладных, социологических методов исследований потребностей ЛПУ и рынка;

12) работать на персональных компьютерах с использованием пакетов сервисных и прикладных программ, текстовых редакторов [8].

О потребности в клинических провизорах в России можно судить по количеству должностей провизоров-технологов для информационной работы.

Согласно приказу Минздрава РФ предусмотрена одна должность на каждую городскую, областную, краевую, республиканскую больницу от 500 коек, на самостоятельную городскую поликлинику от 800 посещений в смену.

В Республике Беларусь вопрос о расширении и дифференциации клинических функций фармацевтов остро встал в начале 90-х годов.

Практическим решением этого вопроса стало преподавание с 1997 года основного содержания клинической фармации провизорам общего профиля на кафедре общей и клинической фармакологии ВГМУ.

Штатное расписание соответствует таковому в РФ: одна должность на 500 коек ЛПУ, 800 посещений в смену (поликлиника).

Подготовка клинических провизоров в РБ свидетельствует о признании государством того факта, что рациональное лекарственное лечение может быть обеспечено только путем массового использования в системе здравоохранения специалистов по клинической фармации – клинических провизоров.

Литература

1. Завьялов А.В. Роль клинического провизора в фармакотерапии // Фармация. – 1990. – № 5. – С. 1-5.

2. Кирсанова Т.Г. Проблемы взаимодействия врачей и фармацевтов в современных условиях // Фармацевтический вестник. – 1997. – №18. – С.12.

3. Кондратьева Т.С., Зеликсон Ю.И. Гуманистические аспекты деятельности и обучения провизора-технолога // Фармация. – 1993. – №2. – С.36-37.

4. Концепция фармацевтического образования в Республике Беларусь (проект) // Медицинский вестник. – 1998. – № 15. – С. 1, 3.

5. Кудрин А.Н., Давыдова О.Н., Ряженев В.В. О подготовке клинического провизора-консультанта // Фармация. – 1992. – № 5. – С. 45-47.

6. Мошкова Л. Ответственная миссия фармацевта // Фармацевтический вестник. – 1997. – № 17. – С. 5.

7. Николаев В. «Не навреди!» – основная заповедь фармацевта // Фармацевтический вестник. – 1997. – № 23. – С. 37.

8. Сытый В.П., Денисова Л.В., Соколовская Л.А. Рациональное использование лекарственных средств // Медицина. – 1998. – № 4. – С. 12-13.



Учебное издание

Церковский Александр Леонидович

**ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ЭТИКА
КУРС ЛЕКЦИЙ**

Учебное пособие

Технических редактор И.А. Борисов
Компьютерная верстка А.Л. Церковский
Корректор А.Г. Казунко

Подписано в печать 23.04.07 Формат бумаги 64х84 1/16.
Бумага типографская №2. Гарнитура Times Усл. печ. л. 8,37.
Уч.-изд. л. 6,26. Тираж 100 экз. Заказ № 533.
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский государственный
медицинский университет».
ЛИ № 02330/0133209 от 30.04.04.

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном медицинском университете.
210602, Витебск, пр. Фрунзе, 27
Тел. (8-0212) 261966